

Travail du Service du Docteur Desplas (Hôpital de la Charité)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° 712

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-Joseph-Marie LACOSTE

Né le 29 août 1904, à Tulle (Corrèze)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

INDICATIONS, TECHNIQUE
ET RÉSULTATS
DE LA
CHOLÉCYSTOSTOMIE

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550423_0055

Travail du Service du Docteur Desplas (Hôpital de la Charité)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques-Joseph-Marie LACOSTE

Né le 29 août 1904, à Tulle (Corrèze)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

INDICATIONS, TECHNIQUE
ET RÉSULTATS
DE LA
CHOLÉCYSTOSTOMIE

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BENARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur)... Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique médicale.	ABRAMI.	Clinique obstétricale.	LE LORIER.
	AUBERTIN.		LÉVY-SOLAL.
	BRULÉ.		METZGER.
	CHIRAY.	Clinique chirurgicale.	BASSET.
	DUVOIR.		CADENAT.
	HARVIER.		HEITZ-BOYER.
Clinique obstétricale.	LIAN.		MOCQUOT.
	ÉCALLE.		MOURE.
	GUÉNIOT.		SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHARLES LENORMANT

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR DESPLAS

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.*

A MES MAÎTRES DANS L'INTERNAT

M. LE PROFESSEUR LE LORIER

M. LE DOCTEUR PICOT

M. LE DOCTEUR CHEVRIER

M. LE DOCTEUR CHIFOLIAU

M. LE DOCTEUR DESPLAS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER

M. LE DOCTEUR ROUX-BERGER

AU DOCTEUR JACQUES DALSACE

INDICATIONS, TECHNIQUE ET RÉSULTATS DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE

INTRODUCTION

Il semblait, depuis les travaux de Delagénère et Gosset d'une part, de Kehr d'autre part, que la cholécystectomie était l'intervention de choix dans la lithiase biliaire, la cholécystostomie devant être limitée aux contre-indications de l'exérèse. On reprochait à la cholécystostomie de ne pas être une opération élégante, de nécessiter des pansements fréquents du fait de l'écoulement de la bile, et surtout de ne pas être une opération radicale, exposant aux récidives.

Depuis quelques années une réaction se dessine. De nombreuses statistiques, tant étrangères que françaises, de nombreuses expériences sur l'animal, tendent à montrer que la cholécystectomie n'est pas sans inconvénients. « L'opération est trop radicale. » Elle supprime un organe physiologiquement utile. Il faut compter avec la fonction vésiculaire. Toutes les fois que cette fonction paraît conservée, tant par les signes cliniques que par les constatations opératoires, il faut respecter la vésicule. Mais on peut aller plus

loin : la cholécystostomie est un mode de drainage parfait du foie, des voies biliaires, et l'on insiste de plus en plus sur les bienfaits de ce drainage lorsqu'il est prolongé. Aussi les indications de la cholécystostomie ne cessent de gagner du terrain, dépassant le cadre des cholécystites pour s'étendre aux infections, à l'ictère, aux pancréatites.

Mais ce drainage pour être efficace doit être prolongé et alors l'écoulement de la bile souillant les pansements, irritant la peau, constitue un écueil.

Notre maître le D^r Desplas qui, avec le D^r Jacques Dalsace s'est rallié aux défenseurs de la cholécystostomie, a mis au point une technique de cholécystostomie continente qui élimine tous ces inconvénients et permet un drainage prolongé, compatible avec une vie active, une cure thermale.

Nous avons eu la bonne fortune, au cours de nos études médicales, d'avoir été l'élève du D^r Jacques Dalsace lorsque nous étions l'externe de notre regretté maître le D^r Enriquez (1927) et d'avoir été l'interne du D^r Desplas à deux reprises (1931-1934).

Nous avons ainsi eu l'occasion de voir pratiquer de nombreuses cholécystostomies. Le D^r Desplas a bien voulu nous aider à en faire quelques-unes.

Nous avons été vite séduit par cette technique élégante et par la simplicité des suites opératoires.

Nous avons été ainsi amené à demander au D^r Desplas de bien vouloir nous confier ses observations pour exposer sa technique et ses résultats. Nous avons volontairement limité ce travail aux observa-

tions hospitalières recueillies avant le 15 octobre 1933.

Nous avons dû ainsi éliminer les nombreuses observations de clientèle et de la maison de santé des gardiens de la paix. Ces observations nous auraient permis de baser ce travail sur une expérience beaucoup plus étendue. Nous regrettons de n'avoir pu le faire. Quoi qu'il en soit les observations ainsi limitées sont au nombre de 43.

Elles tirent tout leur intérêt de ce fait que la cholécystostomie fut pratiquée d'une manière systématique avec de très larges indications.

La plupart de ces observations sont communes au Dr Desplas et au Dr Jacques Dalsace.

Après avoir étudié rapidement les inconvénients de la cholécystectomie, les incidents, accidents et avantages d'ordre général de la cholécystostomie, nous étudierons les indications auxquelles notre maître, le Dr Desplas, a obéi, et les résultats qu'il a obtenus suivant chaque cas particulier. Nous avons été ainsi amené à insérer les observations dans le texte, groupant chaque catégorie à la fin de chaque chapitre.

Nous voudrions remercier les Drs Desplas et Jacques Dalsace de leur enseignement qui nous fut si précieux, et de l'affectueuse bienveillance avec laquelle ils nous ont conseillé et aidé au cours de ce travail.

Le Dr Germaine Chevillon, chef de laboratoire et anesthésiste du Dr Desplas, nous a été d'une aide efficace dans le collationnement des observations ; qu'elle veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

INCONVÉNIENTS DE LA CHOLÉCYSTECTOMIE

La vésicule, organe physiologiquement utile, ne peut être enlevée impunément. Toutes les statistiques, en dehors de celle de Wilkie, qui, sur 650 cas examinés, n'a jamais rencontré de suites fâcheuses, admettent des troubles post-opératoires liés à l'ablation de la vésicule biliaire.

Hartmann et Petit-Dutaillis :

Sur 100 malades,

- 34 ont bénéficié d'un résultat parfait ;
- 34 ont souffert de douleurs légères qui ont disparu sous l'influence du temps et du traitement ;
- 4 ont eu des crises de coliques hépatiques ;
- 4 ont eu des troubles dus à des adhérences, troubles ayant nécessité des réinterventions ;
- 2 ont succombé à de nouvelles crises.

En résumé :

Résultats parfaits.....	52,5 %
Résultats satisfaisants.....	38,7 %
Résultats mauvais....	8,8 %

Villard et Duclos, sur 137 cholécystites calculeuses, ont eu :

Résultats parfaits.....	49 %
Résultats satisfaisants.....	48 %
Résultats mauvais.....	21,5 %

pourcentage auquel il faut ajouter 11,5 % d'opérés non retrouvés.

Statistique de Leuret et Favre :

Résultats parfaits.....	52,4 %
Résultats satisfaisants.....	30 %
Résultats mauvais.....	13,6 %

Pour Robliani, 40 % de ses malades souffrent de troubles ; 10 % de lésions graves avec ictère.

Pour Gallard-Mones, 23 % se plaignent de malaises d'intensité variable, entraînant souvent une vie misérable et nécessitant une nouvelle intervention qui parfois n'arrange rien.

Enfin, Gosset et Petit-Dutaillis présentent au Congrès de la Lithiase Biliaire une statistique où ils admettent qu'environ 40 % des opérés se plaignent de séquelles. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit de troubles légers ; plus rarement (10 %) de troubles plus graves.

Cette statistique est intéressante, car, serrant le problème de plus près, elle nous montre la fréquence des séquelles suivant la nature de la cholécystite et nous voyons, ce qui est loin de nous surprendre, que les suites sont d'autant plus fâcheuses que les lésions

qui ont paru indiquer la cholécystectomie sont moins marquées.

En effet, 29 cholécystites avec lésions marquées des parois vésiculaires donnent 1 récurrence et 2 morts tardives, alors que 32 cas de cholécystite avec peu de lésions donnent 9 retours de crises douloureuses franches.

Quels sont ces troubles que presque tous les auteurs admettent ?

D'abord des troubles légers :

Diarrhée presque constante dans les jours qui suivent l'intervention et qui s'améliore à la longue ;

Dyspepsie, douleurs gastro-intestinales peu intenses,

Mais il peut s'agir aussi de troubles autrement graves :

Récurrence ou même aggravation des crises douloureuses qui ont amené le malade à consulter.

Parfois, véritables crises de coliques hépatiques avec ictère ;

Poussées d'angiocholite ;

Fistules biliaires post-opératoires, exceptionnelles, mais graves, car leur cure est grevée d'une lourde mortalité.

Tous ces troubles sont dus à de multiples causes :

Tout d'abord, la péritonite sous-hépatique, *conséquence* du drainage et du méchage, presque obligatoire après la cholécystectomie, entraînera de la périviscérite, périoduodénite, périocolite sténosantes à l'origine de nombreux incidents.

D'autre part, les crises de coliques hépatiques avec ictère peuvent être dues, soit à un calcul oublié (fait de plus en plus exceptionnel, si l'on s'astreint à une exploration complète lors de l'intervention), soit à une récidive calculeuse qui, tout en étant rare, se rencontre parfois.

Dans d'autres cas, la cause de l'ictère doit être recherchée dans une poussée de pancréatite, dans des adhérences, une cholédocite sténosante, une hépatite ictérigène.

Enfin, la lithiasie biliaire ne doit pas être considérée comme uniquement localisée à la vésicule biliaire, mais comme une maladie plus générale, d'ordre humoral de la cellule hépatique.

Après cholécystectomie, persistent des troubles hépatiques humoraux, des processus infectieux qui, cependant, dans l'immense majorité des cas, vont s'améliorer par un traitement médical et hydrominéral bien compris. Mais n'est-ce pas une contre-indication à la cholécystectomie qui apparaît comme une opération illogique, espérant guérir, par un acte localisé, une affection générale.

Il est certainement des troubles de la cholécystectomie qui sont la conséquence de la suppression de la vésicule biliaire. En effet, la vésicule biliaire n'est pas un organe vestigial dont on peut impunément débarrasser l'organisme. C'est un organe présentant un rôle physiologique non négligeable, rôle qui doit rendre circonspect dans son ablation (A. Brenner). D'ailleurs, n'est-ce pas cette conclusion que l'on de-

aurait tiré de la statistique du professeur Gosset. La fréquence des accidents post-opératoires est en raison inverse de l'état de la vésicule. Il est vrai que le professeur Gosset met ces accidents sur le compte d'erreurs de diagnostic.

Cependant l'expérimentation démontre, après la cholécystectomie, un certain nombre de faits :

1^o *Dilatation de la voie biliaire principale*, apparaissant entre 35 et 90 jours, pouvant être considérée après 100 jours comme invariable et définitivement acquise.

2^o *Formation d'une néo-vésicule*, surtout lorsque la section du cystique se fait au ras du col de la vésicule. Ce fait est d'ailleurs contesté par Malzel, Dahl-Iversen, Canavero. En effet, jamais il ne fut trouvé de formations histologiques semblables à celles de la vésicule normale. Il s'agit uniquement d'une dilatation du moignon de la voie accessoire.

3^o *Altération de la muqueuse*, constatée histologiquement et surtout marquée au niveau de l'ancien confluent biliaire (Travaux de Judd, Eisendrath, Specht, Dahl-Iversen).

4^o *Bouleversement du mécanisme de l'excrétion biliaire*, s'opérant d'une manière très variable suivant l'état de continence ou non du sphincter d'Oddi.

5^o *Retentissement sur les sécrétions* : gastrique (pepsine), pancréatique, entraînant une moins bonne utilisation des graisses (expérience d'Agrifolio).

6^o *Augmentation de la virulence de la flore intestinale* (expérience de Balice).

Chez l'homme, Bérard et Mallet-Guy ont, par le tubage duodénal, pu démontrer qu'après la cholécystectomie, il existe :

1^o Un certain degré de dilatation de la voie hépatocolédocienne ;

2^o Une hypervirulence de la bile duodénale ;

Mais que l'hypothèse de la néo-vésicule doit être abandonnée. Et ils concluent :

Les récidives douloureuses après cholécystectomie sont parfois liées à un trouble de l'excrétion biliaire que le tubage duodénal peut qualifier et qui semble correspondre à un état de stase dans les voies biliaires dilatées.

Stase affirmée par la coloration plus foncée de la bile, son aspect trouble, la présence éventuelle de calculins, l'augmentation du microbisme duodénal et l'amélioration par le tubage duodénal.

La cause de cette stase semble être l'exagération de la dilatation des voies biliaires après cholécystectomie. Chose curieuse, Bérard et Mallet-Guy ont remarqué que sur 14 opérés : 10 ne souffraient pas (ceux dont la cholécystectomie était récente), 4 souffraient (ceux dont la cholécystectomie était ancienne). Ce fait semble faire admettre l'hypothèse d'une dilatation progressive des voies biliaires devenant à la longue pathologique.

Quoi qu'il en soit, on peut reconnaître actuellement que l'ablation de la vésicule biliaire est susceptible d'entraîner des troubles. Cet organe, en effet, présente un rôle physiologique certain : con-

tractilité et condensation de la bile. Aussi doit-on ne poser les indications de l'exérèse que dans des cas bien limités, lorsque la vésicule est suffisamment atteinte pour avoir perdu toute valeur fonctionnelle (Desplas, Chiray, John-Victor Donnett, Bérard et Mallet-Guy).

De plus, nous aurons l'occasion de montrer que la vésicule biliaire peut dans le traitement de la lithiasé biliaire, être un organe précieux pour établir un drainage. Aussi ne faut-il pas « couper les ponts derrière soi » (Lejars, Desplas) dès la première intervention.

Enfin, tout récemment, certains auteurs, dont Bérard et Mallet-Guy, ont insisté sur l'importance de l'exploration fonctionnelle de la vésicule biliaire par l'injection de lipiodol dans une fistule de cholécystostomie permettant des diagnostics difficiles.

Nos maîtres les D^{rs} Desplas et Dalsace attachent une très grande importance à cette exploration.

CHAPITRE II

AVANTAGES DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE

S'opposant aux inconvénients de la cholécystectomie, les avantages de la cholécystostomie s'avèrent nombreux :

1^o C'est une opération *des plus faciles*, toujours techniquement réalisable; *d'exécution rapide*, même à l'anesthésie locale, avantage très important chez ces malades des plus fragiles.

De fait, la mortalité dans la cholécystostomie dépend beaucoup plus de la gravité des cas pour lesquels elle est pratiquée que de la gravité même de l'opération.

Les suites opératoires immédiates ou éloignées en sont le plus souvent très simples. En effet, contrairement à la cholécystectomie, elle peut être pratiquée sans traumatisme de la région sous-hépatique, sans délabrements (les accidents rares, mais si graves, dus aux blessures d'un canal ou d'une artère hépatique sont ainsi évités).

Le drainage de la loge sous-hépatique est le plus souvent inutile, réserve faite des cas où la vésicule ne

peut être amenée à la peau (les incidents tardifs dus aux péritonites plastiques sont ainsi écartés).

Dans notre statistique, on peut remarquer que toutes les fois où il fut nécessaire de réintervenir, on ne trouva que des adhérences limitées, faciles à libérer.

2° C'est une opération qui *ne supprime pas un organe physiologiquement utile*. Ce que nous avons dit au chapitre précédent nous dispense d'insister.

3° C'est une opération qui *permet une étude plus parfaite de la fonction hépato-biliaire* par l'étude de la bile (histobactériologique et chimique) et par l'épreuve de Metzer-Lyon. On peut alors poser une indication raisonnée et raisonnable de cholécystectomie.

Bérard et Mallet-Guy ont, en effet, longuement insisté sur des syndromes douloureux vésiculaires cliniquement semblables, mais dont la pathogénie diverse indique une thérapeutique différente suivant les cas. Pour certaines vésicules intolérantes la cholécystectomie serait un désastre.

4° C'est une opération qui *donne le moyen de vérifier la perméabilité et le fonctionnement* de la voie biliaire principale par l'injection de lipiodol dans la fistule. Grâce à elle, on peut contrôler la liberté du cholédoque. S'il y a un obstacle, il est assez facilement localisé.

Et ainsi, la cholécystostomie, loin de couper les ponts derrière elle, comme une cholécystectomie, peut réaliser le premier temps d'une intervention plus complète et raisonnablement indiquée.

5° C'est une opération qui *met la vésicule au repos*, la fonction de concentration de la bile cessant de jouer. Cliniquement d'ailleurs, les coliques vésiculaires, si elles existaient avant l'intervention, disparaissent avec l'abouchement vésiculaire à la peau.

6° C'est une opération qui *draine la vésicule* en combattant la stase et l'inflammation vésiculaire.

Mais ce rôle de drainage ne se limite pas à la vésicule bien au contraire. Il agit également sur le foie. Ce drainage hépatique est de premier ordre, si bien que Istven a pu dire au Congrès de la Lithiase biliaire de 1932 : « Il viendra un moment où les médecins nous demanderont pour les foies gros, les foies gorgés de bile, de pratiquer une cholécystostomie prolongée. »

Il agit aussi sur la voie biliaire principale et le pancréas (Desplas, Ockynzic).

Tels sont les avantages de la cholécystostomie. Mais il ne faudrait pas, d'une part, qu'ils soient annihilés par des inconvénients ou des risques sérieux ; d'autre part, que cette opération soit inefficace. Nous verrons, en étudiant séparément chacune de ses indications, tout ce qu'on peut en obtenir.

CHAPITRE III

INCIDENTS, ACCIDENTS ET MORTALITÉ DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE

A. — La mortalité.

Est des plus variable suivant les statistiques ; cela se conçoit d'après la nature des cas qui sont réservés à la cholécystostomie. Ainsi beaucoup de statistiques de cholécystectomie indiquent des résultats supérieurs à ceux de la cholécystostomie ; certains chirurgiens réservant l'ectomie aux cas faciles, la stomie aux cas difficiles ou aux malades tarés. C'est d'ailleurs le gros reproche que l'on puisse adresser aux statistiques de grouper des cas non comparables entre eux.

Des différentes statistiques publiées nous retiendrons :

Celle d'Hartmann.....	9,4 %
Celle de Leuret et Favre.....	11 %

Notre statistique compte 43 cas. Elle est loin de comprendre toutes les cholécystostomies pratiquées par le D^r Desplas.

Nous n'avons voulu étudier qu'une statistique hos-

pitalière éliminant volontairement les opérations de clientèle et celles de la maison de santé des Gardiens de la Paix. Nous avons arrêté cette statistique au 15 octobre 1933, date à laquelle nous avons quitté le service.

Ne voulant comparer que des cas comparables entre eux, nous avons classé ainsi nos malades :

1^o CHOLÉCYSTITES CALCULEUSES : 23 observations, 3 décès.

Obs. N^o 12. — *Grosse vésicule calculeuse* chez cirrhotique subictérique et infectée. Amélioration nette par la stomie, mais cette malade, insuffisante hépatique, fait une désunion de la paroi le 18 octobre 1930. Mort le 27 octobre (20 jours après l'intervention) d'insuffisance hépatique et d'infection locale.

Obs. N^o 13. — *Cholécystite calculeuse*, mais malade présentant un néoplasme du foie, vérifié histologiquement avec ascite hémorragique. Mort dix jours après l'opération de cachexie néoplasique.

Obs. N^o 14. — *Cholécystite calculeuse*. Malade fatiguée, cachectique, saignant facilement. Décès dix jours après de cachexie progressive.

2^o CHOLÉCYSTITES NON CALCULEUSES : bile noire. 11 observations ; pas de décès, mais 13 opérations, le malade n^o 34 ayant été opéré trois fois.

3^o ANGIOCHOLITES : 2 observations ; 1 décès.

Obs. N° 36. — Malade très fatigué, opéré avec de grandes difficultés : on ne peut libérer les adhérences très intimes qui unissent le foie et le duodénum. Aussi pour atteindre la vésicule, doit-on inciser le foie, drainant la vésicule par l'incision hépatique.

Excellent état pendant sept jours, mais à partir du 3 février : température oscillante entre 38°8 et 40°.

Mort le 9 février, quatorze jours après l'intervention. Angiocholite ayant continué à évoluer.

4° PANCRÉATITES CHRONIQUES : 3 observations ; pas de décès.

5° CALCULS DU CHOLÉDOQUE : 4 observations ; 2 décès.

Obs. N° 41. — Opéré le 19 avril 1928.

Drainage du cholédoque + cholécystostomie, car étant donné l'importance des lésions péricholédociennes on craint un rétrécissement ultérieur.

Décès sept jours après : cachexie progressive.

Obs. N° 43. — Opéré le 23 septembre 1932.

Calcul du cholédoque et angiocholite : drainage du cholédoque + cholécystostomie.

Frissons jusqu'au treizième jour. Température oscillante entre 38 et 40° jusqu'au vingtième.

Reprise des phénomènes infectieux avec hémorragie le vingt-cinquième jour. Décès le 20 octobre 1932.

Autopsie : innombrables abcès du foie dont un ou deux gros comme de petites oranges.

Logiquement on ne peut imputer à la cholécystostomie :

Les deux décès de calcul du cholédoque où il fut pratiqué un drainage de Kehr, la cholécystostomie n'étant qu'un acte accessoire.

Le décès de néoplasme du foie, la mort étant due à l'évolution naturelle de l'affection.

Il nous reste donc 3 décès sur 40 observations (car nous supprimons les 3 cas précédents de la statistique),

soit 7,5 % ;

les 3 décès se rapportant à :

Une insuffisance hépatique ;

Une cachexie progressive ;

Un syndrome d'infection persistante d'angiocholite.

B. — Incidents et accidents.

Un des principaux est certainement le suintement de la bile dans la plaie opératoire, presque constant dans les techniques d'abouchement à la peau. Ce suintement nécessite des pansements fréquents, entraîne du prurit, de la lymphangite, des érysipèles, des abcès, des phlegmons de la paroi.

Mais avec la technique employée par notre maître, le Dr Desplas, on obtient une bouche vraiment étanche, sans issue de bile, venant, avant ou après l'ablation du drain, altérer la paroi ou déterminer ces irritations cutanées avec digestions pariétales et ulcérations douloureuses.

Les gros reproches que l'on puisse faire à la cholécystostomie sont :

- 1^o La possibilité de récidive ;
- 2^o Les fistules ;
- 3^o Les éventrations ;
- 4^o La cancérisation de la vésicule biliaire.

· LES RÉCIDIVES.

Les indications de la cholécystostomie étant multiples, les possibilités de récidives sont également multiples.

a) Ainsi, dans les cholécystites calculeuses, on peut craindre la récidive des calculs. Mais, d'une part, nous n'avons dans nos observations aucune récidive de calculs (on peut nous répondre que nos observations sont trop récentes) ; d'autre part, il est certain qu'il existe des récidives de calcul après cholécystectomie. Ces récidives sont rares, il s'agit le plus souvent de calculs oubliés, mais il en existe cependant des observations indiscutables. Une des plus typiques est celle de Walzberg :

Cholécystectomie sous-séreuse. Cinq ans après, nouvelle crise douloureuse avec fièvre et ictère ; sous le foie, petite tumeur de la taille d'un œuf de pigeon. Il s'agit d'un calcul de 3 cm. 5 sur 3.

Ces récidives se conçoivent très bien si on admet avec certains auteurs (Rowling et Fiessinger) la formation intra-hépatique des calculs.

b) Parfois la cholécystostomie n'améliore pas les

syndromes pour lesquels elle fut pratiquée. C'est ainsi que les accidents infectieux relèveraient mieux de la cholécystectomie que de la cholécystostomie pour Sénèque qui a présenté une observation où la cholécystostomie n'améliora en rien une cholécystite aiguë.

Dans notre statistique, nous trouvons 4 réinterventions, soit 9 %.

Obs. N° 1. — Cholécystostomie pour cholécystite calculuse. Aucune amélioration. Cholécystectomie. Guérison (à noter que l'opération itérative fut très facile, sans aucune adhérence).

Obs. N° 34. — Est des plus intéressante. Nous aurons l'occasion d'y revenir longuement. Il s'agit d'un malade présentant un syndrome vésiculaire douloureux, amélioré constamment par la cholécystostomie. Amélioration de cinq ans, mais récidive après excès éthyliques. Amélioration après cholécystostomie nouvelle.

Obs. N° 38. — Echec. Pancréatite sub-ictérique. Malgré la cholécystostomie, aggravation de l'ictère et de la pancréatite. On fait un drainage du cholédoque dans l'estomac. Mort, cinq mois après la deuxième opération, d'abcès du foie.

Obs. N° 41. — La cholécystostomie pratiquée deux fois améliore chaque fois la malade, mais récidive après fermeture. La troisième opération explique ces insuccès. Il s'agit d'un calcul du cholédoque qui peut être opéré dans d'excellentes conditions, car la cholécystostomie fit rétro-

céder l'angiocholite et la pancréatite et permet le diagnostic d'obstruction cholédocienne et sa localisation par radiographie après lipiodol intra-fistulaire.

Aussi, pouvons-nous dire que sur ces quatre malades, 2 cas seulement peuvent être considérés comme des échecs vrais. Dans les deux autres, la cholécystostomie a toujours rempli son rôle de drainage et a permis un diagnostic précis, facteur d'une thérapeutique précise.

LES FISTULES.

La fistule est, au contraire, une complication des plus sérieuse. Elle peut être de trois ordres :

a) La fistule biliaire, grave par les troubles digestifs et l'amaigrissement qu'elle entraîne.

b) La fistule cutanée, la moins grave, due à un ectropion de la muqueuse. Il faudra donc pour la prévenir suturer la vésicule à la paroi par sa face séreuse, ce qui est toujours obtenu par le procédé du D^r Desplas.

c) La fistule muqueuse qui est entretenue par un obstacle du cystique.

Nous avons observé quatre fois des fistules (Obs. N^{os} 1, 24, 31 et 35). Trois fois la fistule se tarit toute seule. Une seule fois (Obs. 1), on dut réopérer, mais surtout parce que l'état de la malade n'était pas amélioré. D'ailleurs les seules fistules graves sont, soit les fistules muqueuses qui relèvent de la cholécystectomie, soit les fistules biliaires qui sont entretenues par un obstacle du cholédoque. Ces fistules seraient apparues aussi bien après une cholécystectomie. L'avantage

de la cholécystostomie est de permettre de diagnostiquer et de localiser l'obstacle par le lipiodol. Si pour une raison ou pour une autre, on ne peut lever cet obstacle, on peut se servir de la vésicule pour assurer une dérivation intestinale de la bile. En effet, ici, la cholécysto-gastrostomie est seule indiquée. Si on avait fait une cholécystectomie, on aurait été obligé de recourir à des opérations très graves d'anastomose du cholédoque à l'intestin.

LES EVENTRATIONS.

Elles ne sont pas plus fréquentes après la cholécystostomie qu'après la cholécystectomie. Elles sont surtout dues au drainage, aussi sont-elles exceptionnelles dans la technique que nous utilisons.

Nous avons observé 2 cas : (Obs. N° 20. Cholécystite aiguë. Un drain, 4 mèches). Après cholécystectomie ayant nécessité le même drainage, nous pensons que nous aurions eu la même complication. (Obs. N° 12. Désunion de la paroi ayant nécessité une réintervention).

LA CANCÉRISATION.

Elle est le plus grave reproche que l'on puisse faire à cette opération. Nous savons, en effet, que les néoplasies de la vésicule biliaire apparaissent le plus souvent sur un terrain lithiasique. Il semble donc logique d'en faire un traitement préventif par l'abla-

tion des vésicules calculeuses. Les statistiques donnent un pourcentage de 2 à 3 % de cette redoutable complication.

Nous n'en avons jamais observé.

CHAPITRE IV

**INDICATIONS
DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE
DANS
LES CHOLÉCYSTITES CALCULEUSES**

Nous allons étudier, tout d'abord, les indications particulières de la cholécystostomie dans les cholécystites calculeuses, cas le plus discuté.

Les partisans de la cholécystectomie ont pour eux deux arguments primordiaux :

1° Les lésions graves de la vésicule, en particulier les lésions infectieuses, souvent discrètes et méconnues et pouvant toujours se réveiller. Si bien que le Professeur Gosset a pu dire : « Garder une vésicule calculeuse sous prétexte que ses parois sont peu malades apparemment et qu'elle paraît conserver une valeur fonctionnelle, c'est jouer avec l'avenir du malade ».

Les lésions macroscopiques de la vésicule constituent pour nous l'indication opératoire essentielle en faveur ou non de la cholécystectomie. Nous y reviendrons.

2° Leur conception de la pathogénie de la lithiasé biliaire, faisant jouer un rôle prédominant à la vési-

cule, expliquent les récidives de calculs après cholécystostomie.

Mais cette conception pathogénique ne réalise pas un argument sérieux, car elle est des plus discutée.

Fiessinger, tout en admettant dans une certaine mesure le rôle de la vésicule, tient pour essentiel celui du foie dans la pathogénie de la lithiase, se basant sur deux arguments fondamentaux : la lithiase hépatique, la lithiase après cholécystectomie.

Bergeret et Dumont admettent à l'origine de certaines lithiases une perturbation à la fois de la cellule hépatique et de la fonction muqueuse et résorbante de l'épithélium biliaire. Pour eux, la cholécystostomie peut redresser de telles perturbations fonctionnelles.

Pour Chiray, enfin, l'exposé des théories actuelles ne conduit pas à une conclusion précise sur la pathogénie de la lithiase. Cette étude montre cependant l'inanité d'une thérapeutique chirurgicale basée sur une pathogénie de la lithiase biliaire. Le seul critérium est la notion de la valeur fonctionnelle de la vésicule.

Cette notion de la valeur fonctionnelle constitue pour nombre d'auteurs l'argument *contre la cholécystectomie*.

« La cholécystectomie a tout de même l'inconvénient de perturber gravement le mécanisme de l'excrétion biliaire. D'autant plus manifestement lorsque les voies biliaires principales ne sont pas adaptées par une exclusion lente et progressive à la cholécystectomie » (Bérard et Mallet-Guy) En outre, à la suite de l'abla-

tion des calculs dans une vésicule, on peut obtenir non seulement une guérison clinique, mais une guérison physiologique contrôlable par la radiographie, le tubage duodénal, l'exploration radiologique après injection de lipiodol, ce qui confirme le bien-fondé de cette conception.

En résumé, comme toujours, il ne faut jamais être systématique. En présence d'une cholécystite calculieuse, on se basera sur l'exploration fonctionnelle, radiologique, l'épreuve de Metzger-Lyon, le syndrome clinique, les constatations opératoires, qui permettront d'apprécier la valeur de la fonction vésiculaire. Ainsi, on posera une indication raisonnable.

Nous allons étudier successivement les indications de la cholécystostomie dans les cas suivants :

- I. Lithiase vésiculaire sans cholécystite ;
- II. Hydrocholécystite, vésicules exclues ;
- III. Cholécystites aiguës.

II. — Lithiase vésiculaire sans cholécystite.

Dans certains cas, il s'agit de vésicules paraissant saines avec lithiase, ce qu'on peut appeler lithiases sans cholécystite.

Cliniquement on peut les suspecter :

1^o *Par le tubage duodénal* qui affirme l'origine vésiculaire des douleurs déclenchées au moyen de l'épreuve de Metzger-Lyon et l'intégrité de la vésicule puisqu'on obtient une bile B typique ;

2^o *Radiographiquement*, en constatant des calculs mobiles, une vésicule qui s'opacifie après tétraiode ;

3^o *Opératoirement*, par une vésicule saine, de couleur ardoisée, libre, se vidant bien, contenant toujours des calculs, parfois de la bile noire.

Dans de pareils cas on ne doit pas faire de cholécystectomie.

On pourrait pratiquer la cholécystostomie idéale avec fermeture immédiate de la vésicule ou cystendèse. Nous n'en avons pas l'expérience, mais cependant, si l'on admet comme conception pathogénique de la lithiasé biliaire des troubles humoraux, hépatiques, on hésite à se priver des bons effets apportés par un drainage qui, pour être efficace, doit être prolongé.

On pourrait pratiquer une cholécysto-gastrostomie. Mais Lecène, à propos d'une communication de Cotte à la Société Nationale de Chirurgie, l'a très justement jugée avec sa grande autorité, en disant :

« L'anastomose de la vésicule biliaire avec le tube digestif comporte toujours un risque d'infection des voies biliaires dont il faut tenir le plus grand compte. Pour ma part, je préférerais dans ces cas un drainage prolongé de la vésicule par cholécystostomie. »

Nous croyons également que ces cas sont relevables avant tout de la *cholécystostomie*, surtout si l'on s'adresse à un procédé continent permettant un drainage prolongé compatible avec une vie active, drainage prolongé jusqu'après une cure thermale, éminemment favorable aux troubles hépatiques.

Notre statistique comprend 14 observations de cholécystite calculeuse sans grosses lésions vésiculaires.

Sur ces 14 observations, nous avons 3 décès (N^{CS} 12, 13, 14).

Une de ces malades était une cirrhotique, la deuxième présentait un néoplasme du foie. Quant à la troisième, son état général très atteint avait fait préférer la cholécystostomie à la cholécystectomie.

Une malade ne fut pas guérie, pas même améliorée (obs. n° 1), mais la vésicule était malade : blanche à parois épaissies. Une cholécystostomie fut pratiquée parce que l'état général de la malade ne permettait pas une opération plus complète.

Les dix autres malades se sont toutes représentées à la consultation du Dr Desplas considérablement améliorées, sinon complètement guéries, amélioration obtenue à très peu de frais par une opération bénigne, facile, rapide, ne compromettant pas la fonction vésiculaire.

L'observation n° 7 est particulièrement intéressante. Nous aurons l'occasion de reparler des fausses vésicules exclues. Ici un calcul bouchait le cystique : bile blanche. Malgré cela, on fait une cholécystostomie : bile noire dès le lendemain. Ce qui prouve l'origine hépatique de la bile noire

Seule la malade de l'observation n° 26 a eu une exploration lipiodolée. Elle a présenté des incidents après lipiodol : ictère franc avec température à 38°. Mais nous savons que toutes les cholécystostomies du Dr Desplas, faites depuis la date où nous avons arrêté

nos observations, ont bénéficié sans incident de cette exploration.

Obs. N° 1 (D^{rs} Desplas et Dalsace). — Mme Vve B..., 46 ans.

Malade opérée à diverses reprises, castration unilatérale droite. Présente actuellement un syndrome complexe de coliques et de douleurs vésiculaires. Mauvais état général. Un point douloureux vésiculaire très net. Pas de calculs à la radio.

Intervention le 7 février 1930. La vésicule est blanche à parois épaissies, contenant un calcul. Etant donné l'état général de la malade, cholécystostomie au muscle avec un drain.

Le 7 mai 1930, on enlève le drainage vésiculaire. Aucune amélioration à l'état de la malade. Examen bactériologique de la bile, aseptique.

Deuxième intervention le 17 juin 1930. Cholédoque non dilaté. Pas de ganglions. La maladie paraît uniquement vésiculaire. Cholécystectomie facile, *pas d'adhérences*.

Examen histologique : muqueuse légèrement inflammatoire. Disparition du chorion sous-jacent.

Revue en bon état.

Obs. N° 2 (D^{rs} Desplas et Dalsace). — Mme D... Marie, 54 ans.

Diagnostic clinique : appendicite, cholécystite.

Sonéryl, éther, 14 juin 1932, paramédiane droite. Epiploïte intense. Adhérénces. Vésicule distendue, entourée d'une boule d'œdème à parois épaissies. A la ponction, bile noire, boue biliaire et petits calculs. Pancréas épaissi.

Résection épiploon, appendicectomie.

Cholécystostomie continente.

Sort le 15 juillet 1932, après ablation de la sonde le 6 juillet 1932.

Revue le 12 décembre 1932. Fermeture rapide de la fistule. Aucun phénomène douloureux. Guérison parfaite.

Obs. N° 3 (publiée par les Drs Desplas et Dalsace dans l'article *Les Biles noires et Lithiase biliaire*, P. M., 6 avril 1932). — Mme B..., 45 ans.

Consulte en octobre 1929 pour crises douloureuses vésiculaires. En mars 1929, 6 crises douloureuses tardives, nocturnes. Pas d'ictère. Pas de fièvre. Modification du caractère, énervement continu. Amaigrissement de 4 à 5 kilos. Teint cholémique. Amélioration pendant deux mois, puis rechute.

Cholécystographie. Vésicule bien visible. Pas d'image calculeuse.

Intervention le 3 juin 1930. Incision verticale paramédiane. Vésicule tendue, bleuâtre, paraissant saine. Surdistension du cystique. Vésicule très infectée. Bile noire. Trois gros calculs. Six petits. La paroi interne est rouge et présente un quadrillage blanc-bleuâtre faisant penser à une vésicule fraise. Cholécystostomie continente sur sonde de Pezzer.

Evolution : bile brun noir les quatre jours suivants, puis éclaircissement rapide. En même temps la mauvaise odeur s'atténue. Le 9 juillet, enlève involontairement son drain et quitte le service.

Le 24 juillet, se trouve très bien.

Le 5 septembre 1930, la fistule s'est réouverte passagèrement et a donné issue à des concrétions noirâtres qui,

écrasées, se montraient faites d'une boue brune très foncée, presque noire. Le 21 février 1931, douleur sourde, presque continue, dans la région vésiculaire, guérie par anesthésie locale intradermique.

Le 27 octobre 1931, excellent état.

Obs. N° 4 (Dr Desplas). — Mme Be..., 43 ans.

Diagnostic clinique : cholécystite calculeuse.

Le 19 novembre 1929, intervention. Ether. Verticale paramédiane. Foie abaissé. Grosse vésicule, paroi épaisse. Ponction, bile foncée. Plusieurs calculs. On fait une cholécystostomie musculaire sur sonde.

Sort le 13 décembre 1929, sans incident. La sonde est sortie d'elle-même le 12 décembre 1929.

Revue en 1934. Va très bien, *guérison complète*.

Obs. N° 5 (Dr Desplas). — Mme T..., 43 ans.

Syndrome douloureux de l'hypocondre droit, depuis des années, le matin à jeun, vomissements glaireux qui soulagent la malade. Subictère. Pas de fièvre,

Le 12 octobre 1933, sonéryl, éther. Incision verticale paramédiane. Ponction, bile noire. Grand nombre de calculs noirs (84). Paroi de la vésicule saine. Pancréas grenu. Cholécystostomie continente sur sonde.

Sortie le 4 novembre 1933, sans incident. Le 14 janvier 1934, ablation de la sonde.

Revue le 26 février 1934 en excellent état.

Obs. N° 6 (Dr Desplas). — Mme Go..., 54 ans.

Douleurs siégeant dans le côté droit, survenant par crises avec vomissements bilieux, parfois subictère.

Intervention le 2 juin 1933. Sonéryl, éther. Incision

transversale. Adhérences de l'épiploon à la cicatrice (la malade a déjà été opérée, hystérectomie). Résection de ces adhérences. Vésicule blanche à parois épaissies contenant de la bile avec de petits calculs noirs. Cholédoque intact, cystique perméable. Un peu de pancréatite. Cholécystostomie avec mèches, la vésicule ne permettant pas la fixation à la paroi.

Suites opératoires très bonnes. Pas de température ; écoulement normal ; bile normale, entre 150 et 200 gr., foncée au début, plus claire à la fin.

Radio le 22 juin, avec lipiodol intra-fistulaire montrant des voies biliaires perméables. Mais à la suite de cet examen, a fait un ictère franc avec température à 38°. Depuis, a des démangeaisons qui ont duré jusqu'au 8 juillet 1933.

Sort le 8 juillet 1933.

Obs. N° 7 (D^{rs} Desplas et Dalsace). — Mme K., 33 ans.

Cholécystite calculieuse consécutive à des grossesses, crises subintrantes. Grosse vésicule perceptible. Foie gros.

Intervention le 21 octobre 1930. Verticale paramédiane. Grosse vésicule libre. La ponction retire un liquide *blanchâtre mucoïde (bile dite blanche)*. On trouve dans la vésicule 5 gros calculs à facettes, un autre calcul est enchâtonné dans le bassinnet. Ce calcul est extrait avec de grandes difficultés. Voies biliaires principales intactes. Quelques ganglions. Il ne vient pas de bile. On met la sonde de Pezzer dans le bassinnet. Suture de la vésicule par points séparés. Cette suture est enfouie sous une suture séro-muscleuse et l'orifice de sortie de la sonde invaginé. Par sécurité, on met une petite mèche vaselinée.

Suites opératoires : dès le lendemain, une bile noire très dense aseptique s'écoule par la sonde. Le 10 novembre 1930, la sonde sort d'elle-même.

Revue le 4 février 1931. Etat général excellent. Ne souffre plus. Engraissée de 8 kilogs. Aucun symptôme fonctionnel.

Cette observation nous paraît des plus intéressante. Nous y reviendrons longuement d'ailleurs dans le chapitre suivant, mais, dès maintenant, faisons remarquer qu'il s'agissait d'une hydro-cholécystite par obstacle sur le cystique, cas qui théoriquement relève de la cholécystectomie. Cependant, les parois de la vésicule étant saines, l'obstacle étant un calcul que l'on peut extraire, on préfère essayer une cholécystostomie. Sur le moment, pas de bile ; mais dès le lendemain, bile noire. Et ainsi, guérison à peu de frais de la malade ; cette ligne de conduite se trouve ainsi pleinement justifiée.

Remarquons, d'autre part, que l'apparition de bile noire le lendemain, alors que la sonde est dans le bassin, peut constituer une preuve de la nature hépatique de la bile noire.

Obs. N° 8 (Dr Desplas). — Mme Mi...

Cholécystite calculeuse.

Intervention le 3 février 1931. Ether. Verticale paramédiane. Dès l'ouverture du ventre, on aperçoit une vésicule distendue par des calculs, ardoisée, à vascularisation normale. *Parois souples et non-épaissies*. Vésicule absolument bourrée de calculs à facettes. Ces calculs enle-

vés. on se rend compte que la muqueuse est parfaitement saine, que les voies biliaires sont libres et qu'il n'existe aucun phénomène inflammatoire. Cholécystostomie continue sur sonde.

Examen bactériologique de la bile : colibacilles.

Sort le 14 mars 1931. Sans incident.

Revue le 19 avril 1931. Très bon état. Fistule continente. Se plaint toujours de douleurs dans le dos.

Revue le 3 juin 1931. Ablation de la sonde. Excellent état de la malade.

Obs. N° 9 (D^{rs} Desplas et Dalsace). — Mme S..., 28 ans.

Cholécystite calculeuse.

Intervention le 17 février 1931. Verticale paramédiane. Grosse vésicule pleine de calculs. Pancréas sain, ainsi que les voies biliaires. Petite quantité de bile très foncée.

Histologie : cholécystite inflammatoire. Epithélium détruit en partie. Epaissement de la paroi. Sclérolipomatose.

Sortie le 25 mars 1931. Sans incident.

Obs. N° 10 (D^{rs} Desplas et Carrié). — Mme Vve M..., 57 ans.

Diagnostic : lithiase vésiculaire.

Intervention le 4 mars 1930. Verticale latérale. Grosse vésicule blanchâtre, pleine d'une grande quantité de bile. Deux calculs mobiles de la grosseur d'une prune. Bile noire. Pas de calculs dans le cholédoque. Pancréatite chronique. *Vu l'intégrité de la vésicule* : cholécystostomie. Bile normale, pas de microbes. Epithélium normal. Chorion normal. Pas d'infiltrations inflammatoires.

Ablation du drain le 25 mars.

Sortie en bon état le 2 avril 1930.

Obs. N° 11 (D^r Desplas). — Mme J..., 31 ans.

Histoire clinique de cholécystite calculeuse, Radiographie : 2 calculs ou 2 amas de calculs. Cholestérinémie : 3 gr. 85 ‰.

Intervention le 27 octobre 1931. Verticale latérale. Appendice rétro-cæcal adhérent. Appendicectomie. Vésicule rigoureusement libre. Pas de péricholécystite. Paroi ardoisée. Un peu de sclérolipomatose le long des pédicules. Ponction de la vésicule. Bile très foncée, noire verdâtre. Extraction des calculs noirâtres à facettes (213). Voies biliaires principales saines. Cholécystostomie continente sur sonde de Pezzer.

Examen bactériologique : bile. Examen direct : 0. Examen après culture : 0.

Sort le 11 novembre 1931. Aucun incident.

Revue le 25 novembre 1931. Très bon état général. La bile est claire avec des alternatives de mucus.

Le 30 novembre 1931, ablation de la sonde.

Le 10 janvier 1932, quelques douleurs, diarrhée post-prandiale.

Le 29 juin 1932, bon état. Troubles complexes hépatiques et ovariens. Traitement médical. Le 3 avril 1933, très bon état. Pas d'éventration. *Guérison complète.*

Cette observation nous donne l'occasion d'attirer l'attention sur la coexistence d'une appendicite et de la cholécystite. C'est une éventualité extrêmement fréquente. Il faut toujours explorer le cæcum et l'appendice en même temps que les voies biliaires. La

paramédiane droite, à la condition de la faire assez longue, permet cette exploration combinée. Dans les cas où il y a coexistence, le traitement serait incomplet si l'on ne pratiquait pas une appendicectomie.

Obs. N° 12 (Dr Desplas). — Mme S..., 52 ans.

Grosse vésicule chez cirrhotique insuffisante hépatique avec subictère. Température autour de 38°.

Intervention le 7 octobre 1930. Verticale paramédiane. Gros foie clouté, cirrhotique. Grosse vésicule. Voies biliaires distendues. Pancréatite chronique. Bile noire avec graviers noirs. Etat inflammatoire du pédicule avec gros ganglions. Cholécystostomie. Désunion de la paroi. Réfection aux fils de bronze le 18 octobre 1930.

Décédée le 27 octobre 1930 d'insuffisance hépatique et d'infection locale.

Ce décès ne nous semble pas logiquement devoir être imputé à la cholécystostomie. Il s'agissait d'une malade extrêmement fatiguée, chez laquelle toute autre opération aurait été au moins aussi grave. La désunion de la paroi serait apparue aussi bien après une cholécystectomie qui aurait certainement nécessité un drainage.

Obs. N° 13 (Dr Desplas). — Mme X...

Néoplasme du foie avec cholémie.

Diagnostic : gros foie bosselé avec cholémie. Insuffisance hépatique. Néo primitif ou secondaire? On ne sent pas la vésicule.

Intervention le 26 janvier 1928. Anesthésie locale. Incision exploratrice. Ascite hémorragique biliaire. Gros foie

dur, régulier, sans bosselures vraies, sans ficelures. Hypertrophie dure totale. Epiploon péri-hépatique enflammé, irrégulier. Tête du pancréas dure, hypertrophiée. Voie biliaire principale, dilatée ; vésicule épaissie. On fait une cholécystostomie à la peau. Un drain. Le drain tombe et ramène une cinquantaine de petits calculs noirs réguliers comme des grains de cassis.

Décédée le 2 février 1928.

Examen histologique : vésicule légèrement inflammatoire, douteuse au point de vue néoplasique. Néoplasme du foie.

Une telle malade ne pouvait bénéficier d'une cholécystectomie : hypertrophie du foie, ascite hémorragique contre-indiquaient une opération radicale. Il est évident que l'on n'espérait pas un résultat durable d'une cholécystostomie. La mort est bien plus le fait de l'état général de la malade que de l'intervention en elle-même.

Obs. N^o 14 (D^{rs} Desplas et Dalsace). — Mme P..., 43 ans.

Cholécystite calculeuse. Grosse vésicule perceptible, descendant jusque dans la fosse iliaque. Histoire typique.

Intervention le 24 mai 1929. Ether. Verticale paramédiane. Grosse vésicule absolument enchâssée dans le foie. Parois un peu épaissies. Le foie est gros, très congestionné. L'ablation de la vésicule serait très difficile et risquerait de donner une hémorragie importante, car le tissu hépatique se déchire. On ouvre la vésicule : 94 calculs, dont le plus gros ne dépasse pas la grosseur d'un noyau de cerise. Un isolé de la taille d'une prune. Etant donné le danger

de la cholécystectomie, on se contente de faire une cholécystostomie à la peau.

Décès le 3 juin 1929 (cachexie progressive).

II. — Hydrocholécystite. Vésicule exclue.

S'opposant à ces vésicules calculeuses paraissant saines, sont les vésicules à parois très malades : hydrocholécystites et vésicules scléro-atrophiques exclues. Ici le problème est évidemment tout différent. La vésicule a perdu souvent toute valeur fonctionnelle, ses parois sont profondément infectées. Il semble illusoire de la conserver.

Cependant, Bérard et Mallet-Guy présentent deux observations de cholécystites aiguës par blocage cystico-pyélique où la cholécystostomie faite pour des raisons d'ordre général fut suivie de succès.

Après intervention, la vésicule revient sur elle-même, les calculs étant enlevés, l'obstacle supprimé. La paroi restée saine reprend ses fonctions normales ainsi que le démontrent les épreuves d'exploration fonctionnelle (obs. de Bérard et Mallet-Guy présentées dans « Exploration fonctionnelle des voies biliaires », page 318). Très comparable est notre observation n° 7 sur laquelle nous avons déjà insisté au chapitre précédent.

D'autre part, nous présentons trois observations (N^{os} 15, 16, 17) de vésicules paraissant exclues où le drainage donne dès le lendemain issue à de la bile et où la simple cholécystostomie amène la guérison.

L'observation 16 est particulièrement instructive puisqu'elle prouve l'origine hépatique des biles noires: le drain cholédocien donnant issue à de la bile noire, alors que la sonde vésiculaire donne issue à une bile claire.

Obs. N° 15 (D^{rs} Desplas et Moret).— Mme M..., 32 ans.
Cholécystite avec gros calculs, visibles à la radio.

Intervention le 27 janvier 1931. Ether. Verticale. Vésicule plaquée sous le foie. Pleine de calculs. Parois épaissies, enflammées. Lymphangite et ganglions du pédicule. Voies biliaires principales : rien. Légère pancréatite. On ouvre la vésicule, on en retire un grand nombre de calculs tout petits à facettes et qui doivent être des calculs de cholestérine pure (138 calculs). *Il ne vient pas de bile.* La vésicule paraît exclue, cependant on fait une cholécystostomie continente sur sonde de Pezzer suivant le procédé habituel. Dès le lendemain, on trouve de la bile foncée presque noire.

Sortie le 11 mars 1931. Sans incident.

Revue le 15 avril 1931. Très bon état. Ecoulement de bile à peu près constant. Bile jaune clair le jour, verte la nuit. Revue le 24 juin 1931. On enlève la sonde. Sur celle-ci aucun dépôt de sels biliaires. La malade a engraisé de 500 gr. Disparition complète de tous les symptômes qui l'avaient engagée à consulter : troubles gastriques, maux de tête, asthénie.

Obs. N° 16 (D^{rs} Desplas et Dalsace), publiée in P. M. du 6 avril 1932: *Bile noire et lithiase biliaire.* — Mme Ta..., 48 ans.

Le 23 octobre 1928, hystérectomie pour fibrome avec

appendicectomie complémentaire suivie de phlébite. Santé excellente jusqu'en octobre 1929. Depuis, crises vésiculaires avec subictère. Vésicule perceptible, dure, irrégulière. Changement de caractère.

Epreuve de Metzer-Lyon négative. Epreuve de Graham également.

Intervention le 15 juin 1930. Verticale para-médiane. Péritonite sous-hépatique extrêmement importante, masquant toute la région. Duodénum et côlon collés au foie. Difficulté pour voir la vésicule toute petite et rétractée, blanche, à parois épaissies. Il y a une péricholécystite extrêmement importante formant une tumeur inflammatoire et réunissant le côlon et la deuxième partie du duodénum. Libération de l'adhérence duodénocolique et de la vésicule. Ceci fait, on incise la vésicule et on en retire 20 calculs muriformes. L'exploration du pédicule hépatique montre un cholédoque non dilaté, des ganglions péricholédociens, un petit degré de pancréatite.

Comme la malade est subictérique, on draine le cholédoque dont la paroi n'est pas épaissie. Drainage de la vésicule, interposition d'une mèche entre les deux drainages. Dès le lendemain, le drain vésiculaire donne issue à une bile noire à odeur très forte qui persiste trois jours. Le drain cholédocien donne, à partir du cinquième jour, une bile très noire. Les cinquième, sixième et septième jours, la bile cholédocienne est noire, alors que la bile vésiculaire est claire.

Le drain du cholédoque est retiré le dix-neuvième jour. Le drain vésiculaire, après trois mois et demi.

Le 19 novembre 1931, la malade est revue en excellente santé ; elle mène une vie très fatigante, elle est gaie, sa nervosité a disparu. Augmentation de poids : 18 kgr.

Obs. N° 17 (D^r Desplas). — Mme Ber..., 34 ans.

Première crise douloureuse il y a deux ans et demi, avec fièvre, ayant duré huit jours, sans ictère. Depuis un an, crises espacées tous les trois mois environ. Depuis quatre mois, presque toutes les semaines. Région vésiculaire sensible. Radio montre 7 calculs dans la vésicule.

Intervention le 23 mai 1933. Transversale. Vésicule blanchâtre contenant des calculs sans péricholécystite. Voies biliaires saines. Pancréas dur. Quelques ganglions. A la ponction, liquide trouble de vésicule exclue. 8 gros calculs, une vingtaine de petits. Cholécystostomie sur sonde de Pezzer avec espoir de voir réapparaître le flux biliaire. Effectivement, dès le lendemain s'écoulent 170 gr. de bile brune foncée.

Jusqu'au 31 mai, il va s'écouler 80 gr. de bile de nuit, 30 gr. de bile de jour brun foncé. A partir du 31 mai, s'éclaircit progressivement. Deux crises douloureuses, le 17 et le 27 juin, avec poussée de température à 39°.

Ablation de la sonde le 20 novembre 1933. A engraissé de 6 kgr. Très bon état général. Pas d'ictère. Bile très claire.

Ces faits sont d'ailleurs bien connus puisque Gosset a pu dire : « La présence de bile blanche dans la vésicule ne signifie pas forcément que le canal cystique soit oblitéré. J'ai vu plusieurs fois des vésicules à biles blanches que j'ai drainées et qui ont continué pendant plusieurs heures ou plusieurs jours à donner un liquide décoloré, puis au bout de quarante-huit heures en général, ce liquide se colore légèrement, puis s'écoule une bile normale ». Mais ils doivent nous rendre circonspects dans les indications de la cholé-

cystectomie, d'autant plus que l'exclusion pathologique de la vésicule équivaut exactement, du point de vue physiologique, à la cholécystectomie. Aussi nombre de troubles imputés à l'existence d'une cholécystite chronique doivent-ils être rapportés à la perturbation qu'elle apporte au jeu de la voie principale (Bérard et Mallet-Guy). Il paraît donc plus logique, *a priori*, de débloquer le cystique. On peut objecter que les lésions marquées de la vésicule sont incompatibles avec la reprise de la fonction. Dans bon nombre de cas, c'est exact. Mais rien ne s'oppose, dans les cas douteux, à pratiquer une cholécystostomie. Les suites opératoires, l'écoulement de bile, l'examen lipiodolé permettront d'affirmer ou d'infirmer la reprise de la fonction vésiculaire. Dans ce dernier cas la cholécystectomie est indiquée avec juste raison.

III. — Cholécystites aiguës.

Dans les cholécystites aiguës, où l'inflammation des parois vésiculaires est des plus marquées, il semble que le traitement de choix soit la cholécystectomie. Mais bien souvent la cholécystostomie devient une opération de choix du fait des conditions techniques, surtout devant une atteinte très marquée de l'état général ; nombreuses sont les observations de guérison après une telle méthode. Aussi, Berger a très judicieusement dit à la Société de Chirurgie : « A moins que l'on ne se trouve en présence d'un spha-

cèle total de la vésicule ou d'une vésicule facilement enlevable, il y a intérêt à faire le minimum et à drainer simplement la vésicule. »

Nous possédons 6 observations de cholécystite aiguë ou subaiguë traitées par la simple cholécystostomie avec drainage péritonéal. Nous n'avons pas eu de décès, ce qui prouve l'excellence du procédé au point de vue immédiat.

Au point de vue éloigné, sur ces 6 malades, 4 ont été revus ultérieurement en excellent état (obs. n° 18, 19, 20, 23) ; une est trop récente pour que nous puissions en tenir compte (obs n° 21). Quant à la malade de l'observation 22, nous n'avons pu en obtenir de nouvelles. Mais ces quelques observations semblent nous inciter à préférer, sauf dans les cas de sphacèle de la vésicule, la cholécystostomie à la cholécystectomie, non seulement quant au pronostic immédiat, mais également en ce qui concerne le pronostic à distance.

Obs. N° 18 (Dr Desplas). — Mme V..., 41 ans.

Cholécystite aiguë avec grosses vésicule perceptible et progressivement croissante. Douleurs aiguës. Bon état général (rétrécissement mitral).

Intervention le 7 octobre 1932. Verticale paramédiane. Grosse vésicule adhérente au côlon et au duodénum. Parois épaisses. Pédiculite. Gros pancréas grenu. Foie gros. Ouverture de la vésicule. Liquide transparent, légèrement verdâtre. On trouve un gros calcul enchatonné dans le bassin. On l'accouche. Il ne vient pas de bile. Drainage. Cholécystostomie sur sonde.

9 janvier 1933. -- A engraisé de 3 kilos. Evacuation biliaire de 15 à 30 gr. le jour; 100 à 120, la nuit.

20 février. — L'écoulement a diminué, la bile est très claire. Ablation de la sonde.

18 mars 1933. — Cicatrisation de la fistule. Bon état général.

Il s'agit d'une hydro-cholécystite aiguë avec obstacle du cystique traitée et guérie par la simple cholécystostomie.

Obs. N° 19 (Dr Desplas). — M. A..., 75 ans.

Vue en urgence pour un syndrome d'occlusion. Tuméfaction sous-hépatique attribuée à un néo du côlon droit. Le chirurgien de garde fait un anus cæcal. On décide de réintervenir pour explorer. Rachi.

Intervention le 4 octobre 1932. On trouve une masse adhérente au foie et qui est la vésicule avec une péricholécystite très aiguë. On ponctionne et on trouve du pus. On ouvre la vésicule : parois enflammées, pus, boue biliaire, 2 calculs du bassinet et un engagé dans le cystique. Il ne vient pas de bile. On draine la vésicule sur la sonde de Pezzer. Deux mèches. On essaie, en outre, de fermer l'anus cæcal.

Le malade sort, sur sa demande, le 12 octobre 1932, avec un anus persistant.

Revu le 18 mars 1933 en très bon état. Cicatrisation complète. Anus fermé.

Ici encore, hydro-cholécystite aiguë suppurée par obstacle du cystique. Apparition de la bile le lendemain. Etant donné l'état général du malade, son âge,

il est à penser que l'on n'aurait pas obtenu un résultat aussi satisfaisant par la cholécystectomie.

Obs. N° 20 (Dr Desplas). — M. G..., 65 ans.

Diagnostic clinique incertain : cholécystite subaiguë. La radiographie montre des malformations gastro-duodénales qui peuvent faire penser à l'existence, soit d'une lésion pancréatique, soit d'une lésion périgastrique.

Intervention le 17 mars 1933. Sonéryl locale. Ether. Incision médiane. Intégrité du pancréas et de l'estomac. Débridement transversal. Enorme péritonite sous-hépatique subaiguë englobant complètement la vésicule, le duodénum et le côlon. Au centre, il existe une poche kystique qui est certainement la vésicule. On va au bord inférieur du foie, on décolle l'adhérence colo-épiploïque et on tombe sur la vésicule blanchâtre. Il vient du pus crémeux, de la boue biliaire et des calculs. Cholécystostomie. Un drain, 4 mèches.

Sort le 29 avril 1933, sans incident.

Le 15 mai 1933, quelques troubles gastriques. Bon état.

Le 20 novembre 1933. — Parfait état. Eventration cicatricielle.

Obs. N° 21 (Pr. Fiessinger et Dr Desplas). — Mme Des..., 56 ans.

La malade entre dans le Service du Professeur Fiessinger le 22 avril, pour des douleurs dans l'abdomen avec température entre 37°5 et 38°5. Contracture de l'abdomen. Foie gros et douloureux.

Intervention le 5 mai 1933. Sonéryl, éther. Verticale paramédiane. Gros foyer hépatique avec adhérences au côlon droit et à l'épiploon. On libère le placard adhéren-

tiel de la face inférieure du foie et on tombe sur la face inférieure de la vésicule qui est incisée. Parois très épaisses, très enflammées, très hémorragiques. Vésicule bourrée de calculs et de boue biliaire. Evacuation de ces calculs à la curette. Un dernier, très gros, bouche le cystique. Il est extrait. *Il ne vient pas de bile.* Un drain, 2 mèches. Fermeture.

Suites opératoires : après trois jours de température à 39°, celle-ci tombe à 37, 37°5, montrant la valeur du drainage biliaire par cholécystostomie sur l'infection. Et comme dans tous les cas d'hydro-cholécystite par obstacle du cystique, après l'ablation de cet obstacle, la bile recommence à couler *dès le soir*.

La malade sort le 5 juillet 1933, sans incident, sans fistule.

Obs. N° 22 (Dr Desplas). — Mme N..., 24 ans.

Crise de douleurs abdominales, vomissements, coliques, diarrhée, langue de perroquet. Température 38°7. Pouls 120. Contracture sous-hépatique.

Intervention. Ether. Transversale. Liquide dans le ventre. Colon collé au foie. Vésicule blanchâtre, enflammée, épaissie, fausse membrane au fond. Adhérences au côlon, duodénum. A la ponction de la vésicule, bile goudronneuse épaissie, noirâtre. Pas de calculs. Cholécystostomie avec drain.

Guérison.

Obs. N° 23 (Dr Desplas). — Mme P...

Syndrome de subocclusion avec grosse masse droite sur le cadre colique.

Intervention le 19 mars 1930. Cholécystite à parois très

enflammées. Calcul du cystique. Cholécystostomie sur sonde.

Ablation de la sonde le 28 avril 1930.

Revue en bon état le 12 juin 1933.

A la lecture de ces observations, on est frappé par le fait que dans 4 cas sur 6, soit dans les 66 %, il s'agissait d'une hydro-cholécystite aiguë par obstacle calculeux du cystique. Ce fait ne doit pas nous étonner ; il y a toujours exaltation de la virulence de l'infection dans tous les organes exclus qui ne se drainent d'une manière ou d'une autre. Ceci nous explique l'amélioration rapide par la cholécystostomie, jointe à l'ablation du calcul, surajoutant au drainage par les voies naturelles le drainage à la peau. De fait, nous avons, dans tous les cas, constaté une baisse presque immédiate de la température et du syndrome infectieux. Ceci doit nous engager, dans l'immense majorité des cas et quel que soit l'état général du sujet, à traiter les cholécystites aiguës par la simple cholécystostomie.

CHAPITRE V

LES CHOLÉCYSTITES NON CALCULEUSES

1^o Certaines sont caractérisées par des lésions très marquées de la vésicule avec parois épaissies. Pas de discussion possible. La cholécystectomie semble être alors le traitement de choix.

2^o Le problème est tout différent dans la *vésicule d'ile fraise*.

Le Professeur Gosset, considérant celle-ci comme un état préolithiasique, conseille la cholécystectomie dans tous les cas.

Posant la question purement sur un terrain pratique, Lecène et Moulonguet estiment qu'en pareil cas la cholécystectomie systématique ne donne pas des résultats très brillants et réalise bien rarement la cure radicale espérée.

Lecène, se basant sur des considérations cliniques et anatomiques, admettait en effet qu'il s'agissait d'un état infectieux ; aussi préférait-il la cholécystostomie qui permet, d'une part, un drainage efficace et, d'autre part, ne supprime pas le réservoir vésiculaire dont la fonction est sans aucun doute conservée.

Nous n'avons observé qu'une malade (obs. 3) qui présentait peut-être une vésicule fraise avec 9 calculs de la vésicule. La cholécystostomie fut pratiquée et amena une guérison complète.

Nous ne pouvons donc que souscrire aux sages conclusions du Professeur Lecène.

3^o Quant aux *vésicules dites de stase*, elles ont donné lieu à de nombreuses discussions pathogéniques, entraînant à des conceptions thérapeutiques différentes.

Cliniquement, elles se caractérisent par une description sensiblement analogue chez tous les auteurs : dyspepsie gastro-duodénale (digestions pénibles, somnolence, état saburral) ; crises douloureuses droites ; syndrome psychique avec modification progressive du caractère, asthénie physique et psychique, tristesse, idées noires.

Anatomiquement, elles se distinguent par une vésicule grosse, distendue, à parois soit normales ardoisées soit un peu épaissies, blanchâtres, se vidant mal. On ne trouve ni calculs, ni boue biliaire, mais de la bile noire.

Ces faits sont interprétés de manière différente.

Pour Chiray, Pavel et Amy, il s'agit de la *perte du pouvoir contractile* de la vésicule, perte entraînant la distention et l'atonie du réservoir biliaire. La bile concentrée dans la vésicule devient noire, c'est la conception vésiculaire de la bile noire.

Aussi le traitement est avant tout médical par le tubage duodéal. Nos maîtres, les D^{rs} Desplas et

Dalsace, acceptent l'individualité de la cholécystatonie, tout en mettant en doute son origine vésiculaire.

D'après eux, la bile noire serait de nature hépatique ou humorale. En effet :

1° En drainant la vésicule au moyen d'une sonde dont l'extrémité s'ouvre dans le col, à l'origine du cystique, il est prouvé que la bile coule bien des canaux biliaires.

2° Les jours suivants, la bile coule toujours noire, identique à celle retirée par ponctions. S'il s'agissait d'une hyperconcentration de la bile par atonie vésiculaire, celle-ci s'éclaircirait dès la cholécystostomie faite.

3° L'observation n° 16 nous a montré une malade dont le cholédoque et la vésicule sont drainés à la fois : le drain cholédocien donne une bile noire, alors que celle coulant de la sonde vésiculaire est claire dans les premiers jours ;

4° Les variations de coloration de la bile dans les suites opératoires. La bile coule d'abord très foncée, noire pendant quelques jours, puis progressivement s'éclaircit et passe par les stades marron foncé, brun rouge, jaune d'or. Peu à peu la couleur varie moins d'un jour à l'autre, mais à l'occasion d'une émotion, d'un écart de régime, elle fonce de nouveau ;

5° La bile recueillie par la fistule dans la période post-opératoire est parfois plus riche en pigments que la bile prélevée dans la vésicule le jour de l'opération.

Aussi les D^{rs} Desplas et Dalsace concluent : « L'observation de nos malades confirme les descriptions de Chiray et de ses élèves. Mêmes symptômes cliniques, mêmes distensions vésiculaires. Par contre, l'origine hépatique de la bile noire nous conduit à une interprétation différente des faits. Ces malades sont pour nous des hépatiques, des humoraux et non de purs vésiculaires ».

L'expérience montre, nous en publions de nombreuses observations, que ces malades sont améliorés, même guéris, par la cholécystostomie, surtout si on complète ses effets par une cure thermale et un traitement médical.

Pour Bérard et Mallet-Guy, l'origine hépatique n'est pas prouvée. Les différences de variations de teintes de la bile s'expliquent par élimination alternée de mucus et de bile que l'on peut vérifier en recueillant la bile toutes les trois heures. Il s'agirait de stase par hypermucogénie vésiculaire et non pas d'atonie vésiculaire, car l'étude du transit biliaire pratiqué chez un malade deux semaines après cholécystostomie, a montré l'intégrité des fonctions motrices. L'atonie avait disparu en même temps que la distension par fistulisation de la vésicule.

Mais pour ces auteurs, comme pour les D^{rs} Desplas et Dalsace, une seule intervention s'impose : la cholécystostomie.

Ces faits différemment interprétés ne résument pas *toutes les vésicules de stase*.

Il existe d'autre part des vésicules de stase liées à

des obstacles mécaniques caractérisés par de l'excrétion vésiculaire douloureuse, une dilatation de la vésicule et des reliquats de processus de péritonite.

La cholécystostomie fait bien céder la douleur, mais le lipiodol montre une gêne de l'excrétion vésiculaire. Dans ce cas, le traitement de choix pour Bérard et Mallet-Guy semble être la cholécystectomie.

Tout à l'opposé, on trouve les vésicules intolérantes améliorées par la cholécystostomie. Le lipiodol montre d'énergiques contractions de la vésicule, la voie principale se dessine tout de suite et, fait anormal, les arborisations intra-hépatiques sont immédiatement injectées, ce qui peut prouver un obstacle du cholédoque.

Si l'on supprime la fistulisation, le malade reste soulagé quelque temps, puis la maladie récidive.

Quelle qu'en soit la pathogénie, on peut affirmer du point de vue thérapeutique que la cholécystectomie irait droit à un échec.

Ét ainsi nous voyons tout l'intérêt, dans les vésicules dites de stase, de la cholécystostomie. Il ne faut surtout pas pratiquer d'emblée une cholécystectomie qui, dans certains cas, peut entraîner un *échec irréparable*. Certains insuccès sévères de la cholécystectomie sont dus à des indications mal posées. Le professeur Villard lui-même, partisan de la cholécystectomie, dans ces cas-là, admet 50 % d'insuccès. Il pense que dans ces cas, la cause du syndrome dou-

loueux réside dans l'influx nerveux contre lequel la cholécystectomie est impuissante.

Santy, lui, répond que, dans ces 50 % de cas, la cholécystostomie agirait ; de plus elle a l'avantage de permettre une exploration fonctionnelle des voies biliaires et de ne pas priver l'opéré définitivement de la vésicule dont la présence est parfois nécessaire.

L'étude de ces observations montre combien la réalité clinique échappe aux classifications théoriques. Il ne faut pas opposer les conceptions. Très certainement elles correspondent à des cas dissemblables, ce qui explique leur contradiction apparente. D'autre part il semble que, en delà des obstacles mécaniques, un rôle doit être accordé au spasme du sphincter d'Oddi, déterminant des cas cliniques intermédiaires.

Pratiquement la cholécystostomie doit toujours être la première intervention à pratiquer. Elle n'est jamais nuisible. Parfois elle est suffisante pour entraîner une guérison complète.

Toujours, elle permettra une exploration fonctionnelle de premier ordre par l'injection intra-fistulaire de lipiodol. On pourra alors poser sur des bases raisonnables, et non empiriquement devant de simples constatations opératoires, l'indication la meilleure.

Nous présentons :

1^o 10 observations de cholécystite non calculeuse avec bile noire traitées par la cholécystostomie et guéries, ou tout au moins fortement améliorées (obs. n^{os} 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33).

2^o Une observation de vésicule intolérante (n^o 34),

opérée plusieurs fois, chaque opération entraînant une guérison temporaire. C'est dans des cas comparables que la cholécystectomie est vouée à l'insuccès absolu et irréparable. Chez un tel malade, il semble bien que l'opération à envisager soit une cholécystogastrostomie, mais la cholécystostomie, sans être le moins du monde nuisible, a permis une étude très complète de l'état pathologique des voies biliaires.

Obs. N° 24 (D^{rs} Desplas et Dalsace). — Mme M..., 32 ans.

Le 23 février 1925, se plaint, à 2 heures du matin, de douleurs irradiant transversalement en barre. Ces douleurs sont calmées par des compresses chaudes. Le malade avait des malaises qui duraient depuis six ou sept ans, évoluant par périodes irrégulières et entrecoupés de rémissions plus ou moins complètes.

Deux ou trois ans auparavant, avait souffert d'un ictère franc d'une durée de trois semaines.

Malade fatiguée qui accomplissait péniblement ses fonctions d'employée de bureau. Son caractère s'était modifié. Elle avait des idées noires et était devenue irritable.

Examen : douleur au careux sous-hépatique. A l'écran : ptose *gastro-colique*.

Traitée *médicalement* pendant quatre ans. Après des périodes d'amélioration suivies de rechute, on décide d'intervenir.

Intervention le 14 mai 1929. Ether. Incision verticale paramédiane. Volvulus appendiculaire. Appendicectomie, enfouissement. Grosse vésicule, distendue, sans péricho-

lécystite, parois blanchâtres, légèrement enflammées. Ponction de la vésicule. Bile noire, sans calculs. Cholécystostomie sur sonde de Pezzer.

Suites opératoires simples : la fistule donne une bile noire qui reste telle jusqu'au quatrième jour. Peu après, d'une manière irrégulière, la coloration foncée s'atténue, ainsi que l'odeur primitivement très forte. La bile est plus abondante et plus foncée pendant la nuit et présente des variations de concentration et de composition. Elle ne reprend son aspect normal que vers le vingt-cinquième jour.

Le 29 juin, la malade pèse 43 kgr. 600 ; elle s'alimente et digère bien. Les douleurs ont disparu. Elle souffre seulement du creux épigastrique si elle se met debout sans ceinture (ptose). Elle va en convalescence à Vichy. Au début de la cure, une fistule donne de la bile brune très épaisse, puis elle se tarit. Avant de quitter Vichy, la fistule s'est spontanément fermée. Elle le restera.

En octobre 1929, le poids est de 47 kilos. La malade est transformée. Elle a le teint rose, les digestions aisées ; toutefois de temps à autre, elle éprouve une légère douleur épigastrique vers deux heures du matin. Les idées noires ont complètement disparu.

Le 23 mars 1930, la malade pèse 54 kgr. 700. Elle ne ressent plus aucun malaise, sauf une douleur de la région vésiculaire quand elle a froid. Plus d'idées noires.

Obs. N° 25 (D^{rs} Desplas et Dalsace). — Mlle Q...

La malade entre à la Pitié, salle Terrillon, le 15 juin 1929, pour crise douloureuse abdominale. Vomissements bileux. Température : 39°. Deux zones douloureuses : un

peu au-dessus du point de Mac-Burney et au carrefour pyloro-duodéno-vésiculaire. En trois jours, la crise se calme, et la malade se retrouve dans son état antérieur qui laisse à désirer depuis très longtemps. Les digestions sont pénibles, avec vomissements alimentaires. Elle est constamment fatiguée et incommodée par des démanagements. Somnolence post-prandiale. La patiente devient triste et a des idées noires.

Le 25 juin 1929, intervention. Verticale paramédiane. Les côlons droit et transverse sont mobiles, avec péricolite. Appendice enflammé. Appendicectomie. Enfouissement. La vésicule fixée par sa face inférieure au duodénum ne se vide pas. Elle est tendue et grosse comme une petite mandarine. On la ponctionne : bile noire. On libère alors sa face inférieure. La vésicule se vide. Cholécystostomie à la peau sur un drain de Malécot pour siphonnage.

Sortie le 8 août 1929. A la suite de l'opération, une transformation s'accomplit. Les crises douloureuses abdominales disparaissent; les digestions deviennent plus aisées, mais restent toutefois difficiles, en particulier à l'occasion d'écarts de régime. L'intolérance au lait, au chocolat et aux œufs demeure très accentuée. On assiste à la guérison des troubles psychiques.

Cet état de bien-être ne fait que s'accroître. Revue en 1930 (bon état).

Obs. N° 26 (Dr Desplas). — Mme G..., 43 ans.

Intervention le 13 octobre 1933. Incision verticale paramédiane. Vésicule d'apparence normale. Voies biliaires normales. Pancréas grenu. Bile noire. Appendice enflammé. Appendicectomie. Cholécystostomie continente.

Sortie le 11 novembre 1933, sans incident.

Revue le 27 novembre 1933. Bon état général. La malade a engraisé un peu. Dans l'ensemble, on constate de l'amélioration. La bile est très claire et très diminuée d'importance.

Le 18 décembre 1933, bile claire (30 gr. de bile claire le jour ; 20 gr. de bile plus foncée la nuit). A engraisé de 2 kgr. N'a plus de troubles fonctionnels.

Le 15 janvier 1934, conserve sa sonde et doit revenir dans un mois.

Le 12 février 1934, les troubles gastriques ont disparu. Mme G... a engraisé de 7 kgr. Lipiodol.

Le 26 février 1934, la sonde a été enlevée il y a 10 jours. Va très bien.

Le 5 mars 1934, se plaint de légères douleurs abdominales.

Obs. N° 27 (D^{rs} Desplas et Dalsace). — Mlle B..., 33 ans.

Diagnostic clinique : colite droite, appendicite et bile noire.

Intervention le 1^{er} mars 1933. Soneryl et Schleich. Anesthésie parfaite. Verticale paramédiane. Vésicule ardoisée. Sur sa face inférieure, on découvre un prolongement du ligament cysticocolique. Libération de ce ligament. Appendicectomie. Ponction de la vésicule. Bile noire.

Sortie le 26 mars 1932. Sans incident.

Le 11 mai 1932, la malade a engraisé de 6 kgr. Son aspect extérieur est bon, le teint est clair. Ecoulement de bile verte.

Le 29 juin 1932. Ablation de la sonde après une cure à

Châtelguyon. Amélioration considérable de l'état général. L'engraissement est de 3 kgr.

Obs. N° 28 (Dr Desplas). — Mme D..., 29 ans.

Depuis l'âge de 10 ans, la malade a des poussées d'ictère avec décoloration des matières et urines foncées. Elle souffre également de vomissements suivis de coliques hépatiques. Après les crises douloureuses, disparition de tous signes ictériques. Les crises apparaissent tous les deux ou trois mois. Elles sont parfois provoquées par un écart de régime.

Examen physique : subictère conjonctival. Signe de Murphy très net. Point costal antérieur. En outre Mac-Burney.

Intervention le 22 février 1933. Sonéryl. Ether. CO². Verticale paramédiane droite. Appendicectomie. Vésicule sans calcul, fond scléro-lipomateux. Bile noire. Cholécystostomie.

Suites opératoires : excellentes. Le soir de l'opération, 75 gr. de bile jaune brun. Le lendemain matin, 125 gr. très foncée ; le soir, 50 gr. foncée. En moyenne 40 gr. de bile de nuit et 40 gr. de bile de jour brun foncé jusqu'au 1^{er} mars. A partir de cette date, même quantité, mais plus clair.

Cure à Châtelguyon le 1^{er} mai 1933.

Revue le 29 mai 1933, en très bon état général. La malade a engraisé. Elle n'est plus subictérique. Ablation de la sonde.

Obs. N° 29 (Drs Desplas et Dalsace). M. X...

Se présente le 21 décembre 1922. Depuis trois ou quatre ans, à la suite d'excès alimentaires, le malade

souffre d'indigestions calmées par des vomissements spontanés ou provoqués. Il se plaint également de névralgies sus-orbitaires. Pas de modifications des selles. Nausées. Grand'mère maternelle, coliques hépatiques. Père, mort P. G. à 37 ans. Mère, décédée de fièvre typhoïde en 1905. En 1919, Sicard pense à des accidents héréditaires. Wassermann négatif avant et après. Point vésiculaire net. Amélioré par le traitement médical.

Du 5 au 22 septembre 1926, ictère franc fébrile : 39°5. Deux ou trois jours. Défervescence rapide. Décoloration des matières, urines acajou. A ce moment-là très fatigué. Tension artérielle 13-8. Non amélioration par le traitement médical et les cures à Vichy.

Intervention le 1^{er} mars 1929 (Desplas). Ether. Verticale paramédiane. Cæcum gros, appendice scléro-atrophique. Vésicule bleue, grosse, ne se vidant pas. A la ponction, bile très foncée. Appendicectomie. Plicature cæcale. Cholécystostomie.

Fermeture de la fistule le 5 septembre. Depuis le malade est transformé. Il n'a plus de maux de tête. Ses selles sont tout à fait normales.

Le 7 juillet 1932, guérison parfaite.

Obs. N° 30 (D^{rs} Desplas et Dalsace). — Mme Y...

En 1908, crise très violente d'appendicite. Depuis elle souffre de crises douloureuses avec nausées et vomissements alimentaires durant deux ou trois jours, au moment des règles.

Appendicectomie le 30 mars 1927. Amélioration jusqu'en décembre 1928. Depuis, réapparition des douleurs.

Le 16 janvier 1931, intervention. Ether. Incision verticale sur le bord externe du droit. Grosse vésicule tendue,

blanche par places, ne se vide pas. Nombreuses adhérences qui sont libérées. Après libération partielle de la cholécystite, la vésicule se vide mieux. Bile noire. Cholécystostomie continente sur sonde.

Cure à Châtelguyon du 5 au 28 mai.

Le 11 novembre 1931, la patiente a engraisé de 5 kgr. Depuis son opération ; d'une manière générale, elle va très bien. Amélioration des plus nettes.

Obs. N° 31 (D^{rs} Desplas et Durand). — Mme Si..., 54 ans.

Diagnostic clinique : appendicite et vésicule.

Intervention le 18 novembre 1930. Ether. Verticale paramédiane. Appendice scléreux, rétracté. Enlevé. Vésicule légèrement distendue avec péricholécystite. A la ponction de la vésicule, bile foncée, *non noire*. Cholécystostomie.

Sort le 20 décembre 1930, sans incident.

Revue le 4 février 1931. Mme Si... a repris 3 kgr. 500. Vient de faire récemment une crise hépatogastrique avec vomissements. La fistule donne régulièrement 100 gr. par jour. Au moment de la crise, la quantité a diminué. Depuis ce moment, la bile est très épaisse. Le 14 octobre 1931, évacuation de 60 gr. de bile par jour, jaune d'or. Ablation de la sonde.

Le 6 janvier 1932, petite fistulette donnant irrégulièrement de la bile en toute petite quantité. Mais guérison clinique complète.

Obs. N° 32 (D^r Desplas). — M. G..., 32 ans.

Diagnostic hésitant entre une lithiase vésiculaire, un ulcère du duodénum ou une appendicite.

Intervention le 21 mars 1930. Ether. Latérale droite, Vésicule non dilatée se vidant bien, enfoncée dans un sac adhérentiel congénital. Appendice rétrocaecal adhérent très coudé. Epiploite très marquée. Appendicectomie. Résection de l'épiploon. Ponction de la vésicule. Bile noire. Cholécystostomie.

Sort le 29 mai 1930. Sans incident. Poids 62 kgr.

Revu le 25 juin 1930. Très bon état. Conserve sa fistule.

Le 1^{er} octobre 1930, ablation de la sonde.

Le 22 octobre 1930, poids 59 kgr. Plus de douleurs. Bon appétit.

Le 2 mars 1932, a pesé jusqu'à 65 kgr. Actuellement amaigrissement de 4 kgr. Présente quelques symptômes fonctionnels.

Obs. N° 33 (Dr Desplas). — M. Ga..., 59 ans.

Diagnostic : sténose serrée. Pas d'image radiographique.

Intervention le 5 avril 1933. Sonéryl. Locale. Médiane. Estomac dilaté. Pas de lésions gastriques. Grosse lésion duodénale (2^o portion). Vésicule très malade extrêmement adhérente. G. E. au bouton de Jaboulay. Ponction de la vésicule. Liquide séro-sanguinolent coloré en vert à la fin. Cholécystostomie continente.

Le 3 juillet 1933, le malade a engraisé de 4 kgr. Transformation complète. Selles jaunes.

Le 17 juillet 1933, le malade a engraisé de 6 kgr. La sonde a été bouchée 12 jours. Les matières se sont recolorées. L'état général est excellent. Ablation de la sonde.

Obs. N° 34 (D^{rs} Desplas et Dalsace). — M. L..., 37 ans.

Vu en 1924. Présente depuis des années des troubles

digestifs. Digestion difficile, irrégularités, endolorissement du flanc droit. Poussées d'ictère.

Examen : sensibilité de la moitié droite de l'abdomen avec maximum dans les régions appendiculaire et vésiculaire. Amaigrissement de 12 kgr.

Intervention le 25 novembre 1924, à l'éther. Incision transversale. Adhérence du cæco-côlon à la paroi. Appendice détruit par une crise ancienne et réduit à un moignon. Résection de l'épiploon. Résection des adhérences. Appendicectomie. Vésicule épaissie, lipomatose localisée à la face inférieure. Bile noire. Cholécystostomie au péritoine sur drain.

Amélioration très rapide générale et morale. Fistule maintenue. Cure à Vichy en 1925. Suppression du drainage en juillet 1925. Fermeture immédiate et définitive.

En décembre 1926, poids 70 kgr. A fait une deuxième cure à Vichy. Disparition complète des douleurs. Toutes les fonctions sont régulières. Teint très clair.

Le 16 mai 1929, très bien portant jusqu'à ces derniers mois. Mais a commis des écarts de régime multiples et prolongés. Les léguments ont repris une coloration jaunâtre. La langue est rouge décapillée. Abattement, somnolence, anorexie.

Le 29 mars 1930, les troubles ont persisté. Digestions pénibles. Pesanteur et somnolence post-prandiales. Endolorissement de tout l'hémi-abdomen droit. Amaigrissement de 70 à 54 kgr. Puis reprise de 4 kgr ces derniers mois.

Le 2 avril 1930, tubage duodénal. On recueille par l'aspiration 15 cmc. de bile absolument noire. Injection de 10 cmc. de solution de sulfate de magnésie à 30 % ; après aspiration, 16 cmc. de bile noire. Deuxième injec-

tion de 20 cmc. : on obtient 10 cmc. de bile noire. Ce n'est qu'après la troisième injection qu'apparaît la bile jaune d'or.

Deuxième intervention, le 9 avril 1930. Ether. Ouverture de la cicatrice. On tombe tout de suite sur la vésicule grosse, distendue, à parois minces, non épaissies, bleuâtres, ardoisées. Bile noire. Cholécystostomie sur sonde de Pezzer.

Le 30 juillet 1931. Poids 75 kgr. 500. Va admirablement bien. Bon appétit. Selles régulières.

La sonde est enlevée en juillet 1933.

Depuis cette époque. Neurasthénie. Fatigue. Amaigrissement. Accès de fièvre. On se décide alors à redrainner la vésicule. D'ailleurs on y est conduit puisque, à plusieurs reprises, à la suite de poussées particulièrement violentes, la fistule biliaire se réveille.

Troisième intervention : ouverture de la paroi en mars 1934. Adhérences importantes, mais libération assez facile de la vésicule, blanchâtre, assez épaisse. Pancréas grenu absolument comparable à un sein atteint de maladie kystique. *Cholécystostomie* continente sur sonde. Exploration lipiodolée. Le lipiodol gagne bien le duodénum, mais il existe un remplissage des arborisations intra-hépatiques ce qui s'explique, soit par une hypercontractivité de la vésicule, soit par une pancréatite englobant le cholédoque.

CHAPITRE VI

ANGIOCHOLITE

L'angiocholite, complication fréquente dans la lithiasé biliaire, est une affection des plus graves, fatalement mortelle si un drainage chirurgical des voies biliaires n'est pas pratiqué.

Comment peut-on le réaliser ?

1^o Par un *drainage du cholédoque* suivi de *cholécystectomie* ?

Il ne faut jamais pratiquer une telle intervention.

Elle est longue, complexe, difficilement supportée par de tels malades.

Le drainage prolongé du cholédoque peut entraîner un rétrécissement invincible de ce conduit par périviscérite. Pour rétablir la circulation biliaire, on est alors contraint de pratiquer des anastomoses entre la voie biliaire principale et le tube digestif, anastomoses difficiles à réaliser, parfois seulement possibles sur prothèse perdue.

2^o Par un *drainage isolé du cholédoque* : nous en avons observé un très bel exemple chez notre maître, le Dr Roux-Berger. Mais il s'agissait d'une opération de nécessité, la malade ayant subi antérieurement

une cholécystectomie. En dehors de ce cas, il est passible des mêmes reproches.

3^o Aussi l'opération de choix est la *cholécystostomie*. Sa rapidité, sa bénignité, son exécution possible à la locale, constituent des facteurs de réussite chez ces malades qui sont des hépatiques et des infectés. Elle permet de maintenir un drainage aussi prolongé qu'il est nécessaire sans crainte de rétrécissement.

Nous en possédons 2 cas, dont un décès.

Obs. N^o 35 (D^{rs} Desplas et Dalsace). — M. Var...

Diagnostic clinique : angiocholite lithiasique avec peut-être calcul du cholédoque.

Intervention le 9 avril 1929. Ether. Verticale paramédiane. On aperçoit une vésicule petite, à parois épaissies, très enflammée, remplie de petits calculs. On sent un calcul dans le cholédoque. Mais on le fait remonter facilement dans la vésicule. Dans ces conditions, on ouvre la vésicule, on enlève les calculs et on fait une cholécystostomie sur drain.

Sort le 28 mai 1929.

Revu le 9 octobre 1929, en magnifique santé. On enlève le drain.

Revu le 27 novembre 1929, Bon état général. Pas d'éventration.

Obs. N^o 36 (D^{rs} Desplas et Ramond). — Mme Pla..., 44 ans.

Histoire clinique d'angiocholite. Poussées de température. Crise de subictère. Frissons. Zone indurée correspondant à la vésicule.

Intervention le 26 janvier 1932. Ether. Verticale. Foie

gros. Au-dessous masse masquée par le duodénopylore adhérent au foie. A travers le foie, on ponctionne cette masse. Il vient de la bile blanche. Par une incision trans-hépatique, on arrive dans la vésicule qui contient du pus et de la bile blanche et un calcul enchatonné que l'on retire à la pince. On met un drain dans la vésicule en passant par l'incision hépatique. Décédée le 9 février 1932. Excellent état pendant six jours, mais à partir du 3 février : température oscillante entre 38°8 et 40°. Morte dans un syndrome d'infection.

CHAPITRE VII

LES PANCRÉATITES AIGUES

Depuis les belles expériences de Morel et Brocq, il semble admis actuellement que la lithiasé soit, dans l'immense majorité des cas, à l'origine des pancréatites aiguës œdémateuses ou hémorragiques.

La conclusion thérapeutique logique est que le traitement d'une pancréatite aiguë doit comporter un acte s'adressant aux voies biliaires, opinion si bien exprimée par Lecène lorsqu'il dit : « Un acte opératoire limité à l'ouverture du ventre et au drainage de la région pancréatique est tout à fait insuffisant puisqu'il n'agit pas sur la cause de la pancréatite. »

Quel genre d'intervention faut-il donc conseiller ?

Certains chirurgiens, comme Walzel, préfèrent le drainage de la voie biliaire principale avec, autant que possible, une cholécystectomie. Sans compter qu'il s'agit là d'une opération longue et choquante sur un malade déjà fatigué, la cholécystectomie semble favoriser une pancréatite ultérieure en supprimant le réservoir de sûreté (Bergmann). Nous préférons donc la cholécystostomie qui draine aussi bien et à peu de frais. Les observations publiées récemment à la So-

ciété nationale de Chirurgie le prouvent suffisamment. Citons-en quelques-unes.

L'observation de Desplas-Lubin Aimé, publiée à la Société nationale de Chirurgie, le 9 juillet 1930, est des plus instructives.

Il s'agissait d'une pancréatite d'abord subaiguë, simulant une tumeur kystique du pancréas et évoluant comme une péritonite localisée sus-ombilicale.

L'intervention a lieu le 18 janvier 1930. L'incision de la tuméfaction inflammatoire conduit, à travers le ligament gastro-côlique, dans le pancréas. Concécutivement à cette incision, s'établit une fistule pancréatique qui s'oblitère spontanément. Les accidents infectieux réapparaissent. En même temps, la fistule pancréatique se rétablit, digère la paroi abdominale et une tuméfaction pancréatique importante se constitue.

Deuxième intervention le 8 mai 1930. Cholécystostomie.

Suites opératoires : les accidents infectieux aigus disparaissent, la fistule pancréatique se tarit et la tuméfaction pancréatique se résorbe. La fistule biliaire a donné une bile qui s'est progressivement éclaircie, fluidifiée, désodorisée. Au début elle contenait une véritable purée de colibacilles, puis, progressivement, le nombre en a diminué.

La radio par la fistule met en évidence le calibre rétréci de la portion pancréatique.

Ockynzic, présentant une observation à la Société de Chirurgie, le 24 juin 1931, a pu dire :

« La simplicité de la guérison est due à la précocité de l'intervention, mais aussi et surtout, au drainage

biliaire. Je me demande même si chez cette malade, la dilacération et le tamponnement ont vraiment été utiles et si le même résultat n'eût pas été obtenu par la seule cholécystostomie. »

D'ailleurs les statistiques suivantes sont frappantes :

Nordmann opère 8 cas de pancréatite ; 4 sans opération sur la voie biliaire (4 morts), 4 avec drainage (4 guérisons).

Arnsperger opère 2 cas sans drainage (2 morts), 1 avec drainage (guérison).

Aussi Ockynzic conclut, et nous adoptons pleinement sa manière de voir :

« L'opération rationnelle comprend : un temps nécessaire, mais accessoire qui est le drainage et le tamponnement de la lésion pancréatique ; un temps principal et indispensable qui est le drainage des voies biliaires. »

D'ailleurs Leriche a pu guérir une pancréatite aiguë hémorragique par simple *cholécystostomie* sans dilacération du pancréas qui pour lui est grave et inutile. (Leriche, Société de Chirurgie de Lyon. Séance du 10 décembre 1931).

Le Dr Desplas, a opéré à la Maison de Santé du Gardien de la Paix une pancréatite aiguë hémorragique vérifiée par incision médiane (hémorragie intrapéritonéale cyto-stéato-nécrose). Il est fait une simple cholécystostomie. Guérison.

CHAPITRE VIII

PANCRÉATITE CHRONIQUE

I. — Nous étudierons d'abord le cas le plus simple, *la pancréatite chronique avec ictère*.

Il présente un double intérêt : intérêt diagnostique et intérêt thérapeutique.

a) Nous savons, et nous n'insisterons point dès lors, que le diagnostic entre pancréatite chronique et cancer du pancréas figure parmi les plus difficiles. Les éléments cliniques et les constatations opératoires ne le permettent pas toujours. Seule la biopsie permettrait une affirmation, mais elle est dangereuse. Ces faits sont bien connus. Nous voulons seulement les rappeler au début de cette étude thérapeutique, car ils doivent être présents à l'esprit du chirurgien lorsqu'il pose ses indications opératoires ;

b) Au point de vue thérapeutique, quels buts se propose-t-on ? Avec la rétention biliaire, traiter la lésion hépatique, affection causale, presque toujours vésiculaire.

Les opérations possibles sont, soit la cholécystectomie, soit la cholécysto-gastrostomie, soit enfin la cholécystostomie.

La première (*cholécystectomie*) a ses avantages. Elle traite l'affection causale lorsque la vésicule est en cause. Mais ses inconvénients sont connus : elle n'agit pas sur l'ictère, ne draine pas. Aussi doit-elle être complétée par un drainage du cholédoque. Elle supprime un agent d'anastomose permettant le cas échéant, une opération itérative lors de récidives qui sont fréquentes ou même de rétrécissements arrivant souvent après un drainage prolongé.

C'est donc une opération complexe, qui n'est pas sans danger chez des sujets ictériques et fatigués. Aussi, nous l'éliminerons, la réservant tout au plus aux cas où la vésicule est très altérée et inutilisable.

Les avantages de la seconde (*cholécysto-gastrostomie*) sont à retenir. Elle assure théoriquement le drainage biliaire et peut répondre aux deux premières indications de la pancréatite chronique en ne privant pas le malade de sa bile, une fistule persistant pouvant entraîner un état de déshydratation marqué.

Mais elle a également ses inconvénients. Mallet-Guy, dans sa remarquable thèse sur la pancréatite chronique, a montré qu'il s'agit d'une dérivation et non d'un drainage.

Sur 6 opérés, 2 ont une bouche incontinente, condition essentielle du drainage ;

Trois ont une bouche continente ;

Un a une bouche qui ne fonctionne pas.

A une affection théoriquement curable par le traitement, on oppose une opération définitive : la cholécysto-gastrostomie. Celle-ci présente un gros risque

à peu près constant : l'infection ascendante limitée à la vésicule biliaire favorisant parfois une reprise des accidents.

L'observation suivante résumée, publiée par notre maître, le D^r Desplas, à la Société de Chirurgie, est des plus instructives à ce sujet :

De 1921 à 1922, crises douloureuses très violentes avec subictère et grosse vésicule faisant poser le diagnostic de cholécystite calculeuse.

L'exploration montre l'absence de calculs et une pancréatite chronique. On fait alors une cholécysto-gastrotomie.

De juin 1922 à novembre 1924, santé parfaite. Le malade engraisse et reprend sa vie normale.

Le 4 novembre 1924, drame pancréatique. Pancréatite suraiguë non hémorragique. *Mort*.

Autopsie : calculs dans cholécystite scléro-hypertrophique et lithiasique.

On peut admettre que les calculs sont la conséquence de l'infection ascendante, que la cholécysto-gastrotomie a aggravé l'état de la vésicule, déterminant ainsi le drame.

Cette observation doit être rapprochée d'un cas du professeur Lecène absolument comparable :

A la suite d'une pancréatite chronique, cholécysto-gastrotomie. Accident 4 ans après : ictère, prurit, décoloration des matières, fièvre, reflux très net de l'estomac dans la vésicule. On trouve un calcul au niveau de la jonction cystico-hépatique.

Et Lecène concluait ainsi :

Il s'agissait certainement d'un calcul secondaire dû à l'affection ascendante des voies biliaires. J'avoue que ce cas a modéré mon enthousiasme pour l'anastomose cholécysto-gastrique.

Les avantages de la troisième opération possible (*cholécystostomie*) sont, au contraire, très nombreux. Elle supprime la rétention biliaire tout en étant l'intervention la plus simple, la moins dangereuse, au surplus d'exécution rapide, à l'anesthésie locale. Elle traite facilement la cause de la complication comme le prouvent les résultats publiés par Mallet-Guy :

Douze résultats excellents, sans fistule. 6 résultats excellents, mais avec fistulettes qui se tarissent ultérieurement, 3 décès. 7 mauvais résultats, avec fistule biliaire totale ou rebelle.

Cette complication constitue, en effet, le reproche le plus grave que l'on puisse faire à la cholécystostomie.

Cependant cet inconvénient apparent demande à être étudié de très près. Ou il s'agit d'une fistule muqueuse ou cutanée pouvant être supprimée facilement. Il suffit alors de le faire. Ou il s'agit d'une fistule biliaire définitive par obstacle invincible du cholédoque. Cette fistule est due à deux ordres de faits :

- a) Non amélioration de la pancréatite chronique ;
- b) Erreur de diagnostic : 1^o calcul enclavé du pancréas. Pour le diagnostiquer, lors de la première intervention, il aurait fallu faire une pancréatotomie

dont nous connaissons les dangers ; 2^o plus souvent, cancer du pancréas. Nous avons vu en effet que souvent le diagnostic était presque impossible.

Quel que soit le cas, l'étude de l'évolution de l'écoulement biliaire et surtout l'exploration fonctionnelle par la radiographie des voies biliaires après injection de lipiodol aideront à faire un diagnostic précis.

On pourra ainsi reconnaître sans risques : soit un calcul enclavé qu'il sera facile d'enlever par cholédocotomie, la radiographie l'ayant localisé, soit le plus souvent une rigidité, un rétrécissement, une compression du cholédoque liés à la persistance de la pancréatite chronique ou à la nature néoplasique de cette pancréatite. Il sera d'ailleurs facile par des examens successifs d'étudier l'évolution de ces lésions et ainsi d'affirmer le diagnostic.

Nous voyons ainsi que la cholécystostomie doit avoir les indications les plus larges dans le traitement des pancréatites chroniques avec ictère.

Dans les 7/10 des cas, par la cholécystostomie seule, on obtient une guérison complète. La fistule se tarit complètement, les selles se recolorent, l'état général redevient parfait. On peut d'ailleurs vérifier la guérison par une exploration radiologique des voies biliaires.

Dans les autres cas la guérison ne se produit pas. Il y a en particulier une fistule biliaire invincible. L'exploration radiologique permettra un diagnostic précis impliquant une thérapeutique précise.

Lecène a d'ailleurs dit à la Société de Chirurgie :
« Le diagnostic opératoire entre cancer de la tête et pancréatite est des plus difficiles, mais alors la conduite à tenir est simple. Il suffit de dériver la bile. L'évolution et le lipiodol feront la preuve de la lésion ».

Nous présentons deux observations de pancréatite chronique avec ictère. Une nous a donné un résultat parfait. La deuxième a été améliorée par la cholécystostomie, mais le résultat fut transitoire. L'arrêt de l'écoulement de la bile, la réapparition de l'ictère font penser à un obstacle haut placé sur le confluent hépatique. Réintervention montre un canal hépatique dilaté. On fait une prothèse par sonde perdue entre ce canal et l'estomac.

Obs. N° 37 (Dr Desplas). — Mme Clé..., 27 ans.

Arrive dans le service le 2 avril pour ictère ayant débuté au commencement du mois de mars 1930. Fruste au début, il ne s'accompagne que d'un minimum de troubles : ni vomissements, ni diarrhée. Appétit conservé. Mais les matières sont décolorées et les urines foncées. L'ictère fonce de plus en plus et devient permanent. Mise en observation pendant quelques jours, on constate qu'il s'agit d'un ictère chronique par rétention sans modifications, non fébrile, non douloureux.

Intervention le 6 mai 1930. Verticale paramédiane. Vésicule grosse remplie de bile noire. Calculs noirs coralliformes avec un peu de boue biliaire. Pas de calculs du cholédoque. Légère dilatation du cholédoque. *Pancréatite chronique*. Cholécystostomie simple.

Le drain tombe le 29 mai 1930.

Sortie le 11 juin 1930.

Nous avons écrit à cette malade, qui nous a répondu le 1^{er} juin 1934 que depuis son intervention, elle n'a jamais présenté de nouvelle poussée d'ictère, qu'elle n'a jamais eu de nouvelles douleurs. Elle n'a jamais eu non plus d'écoulement de bile par la cicatrice. D'une manière générale elle va aussi bien qu'avant sa maladie.

Obs. N° 38. Publiée S. N. de Chir., 20 mai 1931, n° 18 (D^{rs} Desplas et Dalsace). — M. F..., 56 ans.

Grosse vésicule avec léger subictère. Crises de coliques hépatiques anciennes avec température. Le malade est très fatigué. Urée sanguine : 0 gr. 30.

Intervention le 21 janvier 1930. Ether. Verticale paramédiane. Grosse vésicule. Hydro-cholécyste. Ponction. Bile blanche. Trois calculs, dont deux gros et un petit. Exploration des voies biliaires. *Pancréatite* importante de la tête remontant le long du pédicule hépatique avec gros ganglions. Il s'agit, soit d'un néoplasme, soit d'une pancréatite. A noter cependant que le pancréas est élastique. Il ne donne pas l'impression habituelle des néos. Résection d'un fragment de la paroi vésiculaire Deux drains dans la vésicule. Cholécystostomie à la peau en vue d'une cholécysto-gastrostomie.

Paroi de la vésicule. Disparition presque totale de l'épithélium de revêtement. Scléro-lipomatose intense. Infiltration leucocytaire.

Pendant quelques jours, la bile a coulé, puis *le flux biliaire s'arrête*. Décoloration des matières. Ictère s'accroît progressivement. Devant ces phénomènes, on décide de réintervenir.

Deuxième intervention le 14 février 1930. Ether. Résec-

tion de l'orifice fistuleux. On tombe sur la vésicule enrobée d'adhérences épiploïques qui sont libérées, et on constate que la pancréatite a fortement progressée.

On ne peut cathétériser le cystique. On ne peut découvrir le cholédoque. On finit par aborder le canal hépatique gauche et on trouve de la bile sous tension. On ponctionne franchement ce canal et on obtient de la bile en quantité considérable mêlée de pus. Dans ces conditions, on décide de faire un drainage permanent du canal hépatique dans l'estomac au moyen d'une sonde de Pezzer.

Sort en bon état le 30 mars 1930. Revu le 13 juin 1930, en bon état non ictérique. *Décédé* le 4 juillet 1930.

Autopsie : foie distendu gorgé de bile et de boue biliaire. Distension des canaux biliaires qui atteignent le volume des voies veineuses. On constate une multiplicité d'abcès de volumes différents dont les uns contiennent du pus franc et les autres un mélange de pus, de boue biliaire et de calculs.

II. — *Quant aux pancréatites chroniques sans ictère* les indications opératoires en sont plus discutées. Cependant, étant donné la fréquence d'excellents résultats dans la pancréatite avec ictère donnés par la cholécystostomie, on doit être tenté d'appliquer la même thérapeutique aux pancréatites chroniques sans ictère, lorsque les constatations opératoires montrent une lésion vésiculaire évidente.

Une observation de Leriche (*Lyon chirurgical*, mars-avril 1932) est particulièrement instructive. Elle tire tout son intérêt du fait que la lésion pancréatique a complètement guéri après une cholécystostomie,

bien que la vésicule laissée en place ait gardé la majorité de ses calculs : guérison vérifiée lors d'une opération itérative.

Bérard et Mallet-Guy présentent (*Lyon chirurgical*, janvier-février 1933) une très belle observation de pancréatite chronique sans ictère guérie par la cholécystostomie.

Nous en possédons un cas guéri dans les mêmes conditions.

Obs. N° 39 (Dr Desplas). — M. Bo..., 48 ans.

Intervention le 31 mai 1932. Sonéryl, éther. Médiane. Gros foie. Noyaux pancréatiques. Vésicule atrophiée. Péricholécystite rétractile. Bile trouble. Pas de calculs. Tête pancréatique et corps pancréatique hypertrophiés, bourrés de petites nodosités inégales comme dans la maladie kystique de Reclus. Un drain dans la vésicule. Deux mèches.

Sortie le 13 juillet 1932.

Revue le 15 janvier 1934. Disparition complète de tous les phénomènes douloureux. Engraissé de 15 kgr.

CHAPITRE IX

ICTERE PAR RÉTENTION

Etudions d'abord l'*ictère par calcul du cholédoque*.

Il n'y a pas de discussion possible, la thérapeutique la plus logique et la plus précise est l'opération de Kehr :

Taille cholédocienne. Exploration. Ablation du ou des calculs. Drainage cholédocien. Opération habituellement complétée par une cholécystectomie.

Ce dernier acte fait systématiquement ne nous paraît pas logique. Si la vésicule est très malade, infectée, à parois sclérosées et rétractées, il peut être nécessaire de l'enlever. Mais cette exérèse ne doit, à notre avis, être pratiquée que dans des cas extrêmes. En dehors de son rôle physiologique qui doit rendre prudent dans les indications thérapeutiques, la vésicule est un organe des plus utile du simple point de vue technique opératoire. En effet, le drainage du cholédoque pour être efficace doit être prolongé. Or, il est admis actuellement qu'ainsi peut apparaître une complication extrêmement grave, le rétrécissement de la voie biliaire principale, soit par cholédocite, soit par péritonite sous-hépatique.

Par la cholécystectomie, on se prive d'un agent d'anastomose remarquable; on doit alors faire une anastomose cholédo-duodénale dont on connaît les dangers (Mallet-Guy, sur 28 anastomoses, entre la voie biliaire principale et le tube digestif, suivies de résultats éloignés, trouve 10 guérisons parfaites, 8 guérisons avec de petits accidents ictériques passagers, 8 cas suivis d'angiocholite ascendante mortelle).

Aussi, préférons-nous conserver la vésicule et pratiquer conjointement au drainage du cholédoque un drainage du cholécyste.

La cholécystostomie est donc dans ces cas une opération accessoire, sinon très utile, car elle permet de prolonger au delà des limites habituelles du drainage cholédocien (15 à 18 jours) le drainage des voies biliaires, et d'autre part elle conserve la vésicule qui reste en cas de nécessité le fil conducteur salulaire. Il faut avoir eu à réintervenir, après drainage de Kehr et cholécystectomie, pour apprécier l'utilité de cette manière de procéder.

Ont été traités par cette méthode 3 malades (Obs. n^{os} 40, 41, 43).

D'autre part, dans des cas exceptionnels, chez les malades particulièrement affaiblis, infectés et ictériques, avec grosse insuffisance hépatique, on peut concevoir le traitement du calcul du cholédoque en plusieurs temps.

Dans un premier temps, à l'anesthésie locale, on fait une simple cholécystostomie. Il est curieux de constater combien, s'il n'y a pas de lésion irrémé-

diable du foie, ce drainage indirect suffit à améliorer la situation, en faisant tomber la température, en combattant l'insuffisance hépatique (libérant la cellule hépatique, l'action de la cholécystostomie a pu être comparée à celle de la cystostomie sur le rein).

Dans un deuxième temps, on peut faire une intervention radicale dans de bien meilleures conditions. D'une part, l'état général et hépatique de ces malades est amélioré ; d'autre part, l'exploration radiologique au lipiodol permet une localisation exacte de l'obstacle.

Cotte a présenté à la Société de Chirurgie de Paris, dans sa séance du 12 juin 1929, des malades traités ainsi en deux temps. Au début, le premier temps consistait dans une cholécystectomie sous-séreuse et un drainage du cholédoque. Il s'est vite rendu compte que la cholécystostomie pouvait à moindre frais assurer le même résultat et il présente deux observations concluantes.

Plus récemment, Moulonguet, à la séance de la Société de Chirurgie du 6 juin 1934, a insisté sur des faits analogues.

Nous en possédons de très beaux exemples : une observation du Dr Roux-Berger (44) et une du Dr Desplas (42). A vrai dire, dans ce dernier cas, l'anus biliaire ne fut pas fait en connaissance de cause, le diagnostic de calculs du cholédoque n'ayant pas été posé. Après une première intervention (cholécystostomie) la malade présente une amélioration très nette. Mais peu de temps après l'ablation de la sonde,

poussée d'angiocholite ayant nécessité une deuxième cholécystostomie. C'est alors qu'une exploration lipiodolée montre l'imperméabilité des voies biliaires. La cholécystostomie a fait rétrocéder l'angiocholite, la pancréatite a permis le diagnostic d'obstruction calculieuse. L'intervention radicale peut alors se faire dans d'excellentes conditions.

C'est, en effet, un des principaux avantages de cette méthode que de permettre une exploration lipiodolée des voies biliaires. On peut nous objecter qu'elle est aussi facile par le drainage de Kehr; mais on ne peut comparer la gravité de la cholédocotomie qui nécessite des décollements, à celle de la cholécystostomie qui peut être pratiquée à la locale.

Cette exploration lipiodolée est des plus utile, car elle permet certains diagnostics très difficiles d'ictère par rétention. Celui-ci, en effet, et de multiples observations le prouvent, n'est pas toujours dû à un calcul.

En dehors des ictères pancréatiques déjà étudiés, il existe des ictères par hépatite (thèse de Caroli), par angiocholites intra-hépatiques (Frangenheim). Enfin, le simple ictère catarrhal prolongé peut simuler de très près un ictère chronique par obstruction.

Fait intéressant, ces ictères sont améliorés sinon guéris par la cholécystostomie (Monod., *B. M. S. C.*, 17 avril 1929. — Fiessinger et Toupet, *Bulletin et Mémoires de la S. M.* — Mocquot, *J. D. C.*, 1933. — Petit-Dutaillis, Brulé, Frangenheim (11 cas, 10 guérisons). — Carol).

Aussi, peut-on concevoir le traitement des ictères chroniques de la manière suivante. Si le diagnostic des calculs du cholédoque est certain par la clinique, la radiographie, une exploration rapide, et si le malade est suffisamment résistant, il vaut mieux pratiquer l'opération de Kehrl, réserve faite de la cholécystectomie complémentaire qui, non seulement n'est pas nécessaire, mais peut être encore nuisible.

Si le diagnostic préopératoire était seulement celui d'ictère par rétention, la prudence conseille une opération minima, opération qui sera une cholécystostomie faite au besoin à la locale.

Dans de nombreux cas on aura l'heureuse surprise de voir guérir complètement son malade, et l'exploration lipiodolée montrera qu'il n'existe ni obstacle, ni rétrécissement sur la voie biliaire. Dans d'autres cas, la fièvre tombera, le malade déjàunira, son état général s'améliorera, mais aux dépens d'une fistule rebelle. La radiographie, en dehors des cas de pancréatite déjà longuement étudiée, localisera l'obstacle, l'opération radicale sera alors rigoureusement conduite.

Obs. N° 40 (Dr Desplas). — Mme Ser..., 73 ans.

Lithiase biliaire à localisations. Cholédocienne. Peu de température. Quelques frissons.

Intervention le 18 mars 1930. Grosse vésicule, enflammée, pleine de bile. Ponction : bile noire et pus. Peu de calculs. Cholédoque dilaté avec dans la portion pancréatique 2 calculs mobiles. Taille cholédocienne. Issue de bile. On extrait deux calculs dont l'un est coralliforme. Calculs

noirs, pas très denses et on ramène ensuite une multitude de petits calculs et de boue biliaire. Un drain dans la vésicule. Un drain dans le cholédoque. Bile. Colibacilles en grande quantité.

Ablation des drains le 7 avril 1930.

Sortie le 11 avril 1930. Sans incident.

Revue en 1934. Etat de santé parfait.

Obs. N° 41 (Dr Desplas). — Mme F..., 32 ans.

Diagnostic clinique : lithias cholédocienne avec grosse vésicule. Réserves pour l'existence d'une pancréatite.

Intervention le 19 avril 1928. Ether. Incision transversale. On trouve un gros foie abaissé et une grosse vésicule. On sent des calculs dans le cystique et dans l'hépatique. On ouvre le cholédoque très enflammé jusques et y compris l'hépatique. On a retiré de l'hépatique un gros calcul et plusieurs fragments de boue biliaire. Etant donné l'importance des lésions péricholédociennes, on fait des réserves au sujet d'un rétrécissement ultérieur, aussi garde-t-on la vésicule dans laquelle on met un drain qui sort à la peau. Drainage du cholédoque.

Décédée le 26 avril 1928.

Obs. N° 42 (Dr Desplas et Moret). — Mme Du..., 57 ans.

Diagnostic clinique : cholécystite calculeuse. Amaigrissement. Légère infection. Grosse vésicule perçue. Malade fatiguée.

Intervention le 13 mai 1930. Verticale paramédiane. Grosse vésicule blanchâtre à parois épaissies, enflammées, adhérent au duodénum, calculs dans la vésicule, voies biliaires principales enflammées. Ganglions péricholédociens. On se contente de faire une *cholécystostomie*.

La sonde tombe le 7 décembre 1930.

Revue le 13 janvier 1931. Bon aspect général. Matières irrégulièrement colorées, mais le plus souvent claires.

Le 10 novembre 1931. Angiocholite. A présenté progressivement des accidents infectieux avec frissons. Anesthésie paradurale. Découverte de la vésicule distendue, bleuâtre. *Cholécystostomie*.

Suites opératoires : chute de la température de 39°4 à 37°3. Evacuation de la bile en quantité considérable.

Sortie le 17 décembre 1931.

Revue le 12 février 1932. Matières mastic. Il est fait une exploration lipiodolée qui montre l'imperméabilité des voies biliaires.

Troisième intervention le 5 mars 1932 Sonéryl, éther. Le pancréas est nettement diminué de volume. Il n'y a plus de ganglions et on sent tout de suite un calcul gros comme une cerise dans un cholédoque dilaté. Ouverture du cholédoque. Extraction de 2 calculs.

Sortie le 7 avril 1932. Sans incident.

Obs. N° 43 (Dr Desplas). — Mme Vi..., 45 ans.

Signes physiques de péricholécystite subaiguë avec angiocholite (température à 38-39°).

Intervention le 23 septembre 1932. Verticale paramédiane. Grosse vésicule à parois épaissies. Ouverture de la vésicule : pus et boue biliaire. Calculs, dont un gros dans le bassin. Pédicule hépatique très gros. Dans la région sus-duodénale, un calcul gros comme une mirabelle. Taille et extraction de magma de boue biliaire et de pus. Un drain de Kehr. Deux mèches. Cholécystostomie.

Décédée le 20 octobre 1932 : syndrome infectieux, multiples abcès du foie.

L'observation suivante nous a été confiée par le Dr Roux-Berger :

Mme L..., 59 ans.

Premiers accidents douloureux à 36 ans ; six ans après, une grossesse. Il y a trois ans, ictère de six semaines ; il y a un an et demi, crises douloureuses suivies d'un calcul par les selles ; il y a un mois, crise douloureuse avec ictère ; le 29 mai 1929, opération (Dr Roux-Berger) : vésicule présentant des adhérences : taille vésiculaire : 20 calculs sont enlevés ; un plus gros est enclavé dans le cystique. Cholécystostomie. Le 24 juin 1929, amélioration considérable de l'état général, mais écoulement abondant de bile. Depuis l'intervention, 10 et 12 petits calculs ont été évacués spontanément. Le 12 juillet 1929, on réintervient parce que : 1° écoulement considérable de bile ; 2° décoloration des matières ; 3° pas de passage du lipiodol dans l'intervention.

A l'intervention, plusieurs petits calculs extraits par taille cholédocienne ; un calcul enchatonné dans la partie rétro-pancréatique est extrait par taille duodénale.

Revue en avril 1930 : bon état général.

CHAPITRE X

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

SOINS PRÉOPÉRATOIRES.

Il faut avant tout établir un bilan précis de l'état de ces malades par : le dosage de l'urée, la galactosurie provoquée, et établir leur temps de coagulation et de saignement. L'hémorragie est en effet un gros risque, peu important cependant lorsqu'on pratique une simple cholécystostomie.

Le malade ne sera pas mis à la diète la veille encore moins purgé. Il peut être bon, comme le conseillait notre maître, le D^r Chevrier, de lui donner du sucre dans les heures précédant l'intervention.

ANESTHÉSIE.

La plupart des chirurgiens rejettent absolument le chloroforme, quoique Hartmann considère l'éther comme étant loin d'être inoffensif.

Nous préférons cependant l'éthérisation associée au sonéryl intra-veineux qui permet une parfaite narcose avec le minimum d'anesthésique volatil.

Chez les malades très affaiblis. l'intervention peut

être entièrement conduite à l'anesthésie locale par infiltration plan par plan, seule ou associée à un anesthésique de base.

Pour le D^r Desplas, cet anesthésique de base est le sonéryl qui jusqu'alors ne lui a jamais donné d'ennuis.

Le D^r Roux-Berger administre à ses malades 2 gr. de chloral une heure avant l'opération et une demi-heure avant 1 cgr. de morphine.

La plupart de nos opérés l'ont été par l'éther avec sonéryl. Cependant nous relevons quelques sonéryls plus locale (Obs. n^{os} 20 et 33), une fois une paradurale (Obs. n^o 42).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Nous ne nous étendrons pas sur les multiples procédés qui se résument dans la suture de la paroi vésiculaire au muscle ou au péritoine.

Nous employons exclusivement le procédé de cholécystostomie continente sur sonde toutes les fois qu'il est techniquement possible (présentée à la S. N. de C. le 3 déc. 1930).

Incision pariétale : verticale paramédiane, longue d'environ 10 cm., partant du rebord costal et autant que possible il faut respecter les nerfs pour éviter les éentrations. Pratiquer une hémostase minutieuse. Presque tous nos opérés l'ont été par cette incision. Exceptionnellement il fut fait des transversales ou des médianes, lorsque le diagnostic pré-opératoire n'était pas certain.

1^o Exploration précise des lésions organiques :
vésicule, pédicule hépatique, ganglions, foie, pancréas,
duodéno-pylore, appendice.

2^o La cholécystostomie décidée :

A. La vésicule est sous la paroi, ou peut y être amenée sans traction.

Ponction de la vésicule à la seringue montée pour examen histo-bactériologique de la bile.

Petite incision du fond de la vésicule.

Si calculs : extraction à la curette doucement maniée, on par expression manuelle sur la face extérieure de la vésicule, du collet vers le fond.

S'il n'y a pas de calcul ou lorsqu'ils ont été enlevés, mise en place d'une sonde de Pezzer n^o 16 ou 18 avec opercule de Cavaillon. La sonde est introduite par sa partie dilatée dans la vésicule le plus près possible du cystique.

Fermeture de l'orifice vésiculaire par des points séparés au ras du passage de la sonde en essayant d'invaginer les lèvres de l'orifice.

La vésicule va alors être fixée au péritoine par des points cardinaux aux nombre de 4, passés deux fois dans la séro-muscleuse vésiculaire et prenant la paroi fibro-péritonéale de la façon suivante :

Chaque chef du point supérieur et inférieur passe dans la lèvre correspondante de l'incision péritonéale (le chef externe dans la lèvre externe le chef interne dans la lèvre interne).

Les deux chefs des points latéraux passent dans la même lèvre péritonéale (lèvre externe pour le fil latéral externe, lèvre interne pour le fil latéral interne) de manière à réaliser un point en U.

Il est évident qu'il faut compléter la fermeture de la brèche péritonéale avant de serrer chaque fil :

Suture par points séparés du muscle et de l'aponévrose avec du fil non résorbable.

Suture de la peau.

Fixation de la sonde à la paroi, grâce à l'opercule de Cavaillon.

L'opercule est abaissé, la sonde étant tendue vers la paroi. Une compresse de gaze fendue est placée entre l'opercule et la paroi.

Sur l'opercule une compresse fendue et de part et d'autre de la sonde deux bandes de leucoplaste fixent à la peau l'appareillage par l'intermédiaire de la compresse. Il ne faut pas que le leucoplaste adhère au caoutchouc.

Cette manière de faire fixe très parfaitement la sonde et permet un pansement facile.

B. La vésicule est rétractée, loin de la paroi et ne peut y être amenée (vésicule scléro atrophique). La cholécystostomie sera faite par l'intermédiaire de la sonde de Pezzer placée dans la vésicule comme dans la technique précédente.

Mais il est bon d'assurer la protection de la cavité abdominale par 3 ou 4 mèches de gaze entourant la sonde.

COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES.

1^o L'incident le plus fréquent est la flambée pleuro-pulmonaire de la base due à la parésie diaphragmatique et à la congestion pleuro-pulmonaire qu'elle détermine. Elle est d'ailleurs dans l'immense majorité des cas bénigne ;

2^o Les hémorragies secondaires qui peuvent être très graves ; il faut faire une hémostase minutieuse, appliquer une thérapeutique préventive par des transfusions pré et post-opératoires, Il ne faut pas oublier que ces malades sont des hépatiques extrêmement fragiles. Dans nos observations, une telle complication ne fut pas relevée ;

3^o Les complications infectieuses locales exceptionnelles avec la technique de cholécystostomie continue.

ÉTUDE DE LA BILE DE CHOLÉCYSTOSTOMIE.

La cholécystostomie ainsi faite, recueillant la totalité de la bile, son étude en est très facile (cette étude fut faite par le Dr Paul Borin, dans sa thèse).

Desplas et Dalsace ont montré que pendant plusieurs jours la bile s'écoule plus foncée, noire dans certains cas, et que secondairement la bile de jour est peu abondante et claire, la bile de nuit plus abondante et foncée, puis au bout d'un certain temps la bile prend un aspect uniforme.

L'écoulement de la bile oscille entre 150 et 250 gr.

par jour. Il y a des cas où l'écoulement augmente. Il s'agit vraisemblablement d'un spasme du sphincter d'oddi ou de cholédocite.

Les biles examinées bactériologiquement chez 7 malades se sont montrées six fois stériles.

Du point de vue chimique :

d'une manière générale, la concentration de la cholestérine va en augmentant, intermédiaire aux concentrations normales des biles B et C ;

les sels biliaires ont une concentration basse de suite après l'intervention, puis augmentent nettement, pouvant atteindre rapidement des chiffres très élevés. Ils sont plus abondants dans la bile de nuit que dans la bile de jour ;

le rapport des sels biliaires à la cholestérine, miroir de la cholagénèse intra-hépatique, est abaissé dans les premiers jours et augmente ensuite.

Il est plus élevé la nuit que le jour ;

les pigments biliaires très augmentés vont en diminuant par la suite.

(Conclusions de la thèse du D^r Borin).

DURÉE DU DRAINAGE.

C'est une question très délicate, et qui dépend de bien des facteurs : disons d'emblée qu'il peut être prolongé très longtemps sans danger. Petit-Dutaillis a laissé un drainage trois ans. Le malade de l'observation 31 garda le sien onze mois.

D'ailleurs, contrairement à l'opinion classique, ces

malades le plus souvent ne maigrissent pas. Un amaigrissement rapide doit faire craindre une lésion évolutive du pancréas.

Mallet-Guy pense qu'il faut, pour supprimer le drainage, se baser sur l'écoulement biliaire. « L'écoulement de bile B par l'abouchement indique que la muqueuse vésiculaire n'est pas encore mise au repos. Lorsque cet écoulement se prolonge il faut maintenir ce drainage pendant un temps suffisamment long. »

Pour Desplas et Dalsace, le drainage peut être supprimé lorsque :

- 1° la bile est devenue claire ;
- 2° le malade a engraisé ;
- 3° les signes fonctionnels ont disparu ;
- 4° le rapport des sels biliaires à la cholestérine a nettement augmenté ;
- 5° le lipiodol injecté dans la fistule passe directement et rapidement dans le duodénum.

Enfin avant d'enlever la sonde, il est bon de la boucher avec un fosset pendant plusieurs jours ; si aucun trouble ne succède à cette suppression passagère de la dérivation biliaire, le drainage peut être supprimé définitivement.

Il peut d'ailleurs être prolongé aussi longtemps qu'il est nécessaire tout en étant compatible avec une vie active, grâce à l'appareillage qu'a fait construire le Dr Desplas.

CONCLUSIONS

I. — La cholécystostomie, opération bénigne, d'exécution rapide, a un double rôle :

Rôle thérapeutique de drainage. Elle met au repos le cellule hépatique, les voies biliaires, principales et accessoires.

Rôle diagnostique par l'injection intra-fistulaire de lipiodol, qui permet une exploration de premier ordre.

II. — Cette action se fait tout en conservant la vésicule, organe essentiel :

Essentiel au point de vue physiologique, rôle de contractilité et de concentration de la bile.

Essentiel au point de vue chirurgical, agent de drainage et de dérivation biliaire incomparable.

Les indications de la cholécystostomie découlent de ces avantages.

III. — Dans les cholécystites simples ou calculeuses : le critérium de la conservation de la vésicule est la valeur fonctionnelle de cette dernière.

Cette valeur fonctionnelle peut être appréciée par le syndrome clinique, l'épreuve de Metzger-Lyon, la

radiographie après tétraiode. Opératoirement, on tiendra compte avant tout de l'état macroscopique de la vésicule.

a) Toute vésicule saine même contenant des calculs doit être respectée.

b) Toute vésicule malade peut être enlevée.

Cependant certaines observations nous ont prouvé qu'une vésicule très atteinte pouvait après cholécystostomie récupérer sa fonction ; d'autre part, certains états vésiculaires contre-indiquent absolument la cholécystectomie (vésicule intolérante) sans qu'il soit possible d'en faire le diagnostic au cours de l'intervention.

Enfin la cholécystectomie pour certaines vésicules scléreuses, atrophiees, adhérentes est des plus dangereuses et des plus difficiles alors que la cholécystostomie indirecte est des plus favorables après ablation du ou des calculs sur lesquels s'est contractée la vésicule.

Il faut donc être très prudent dans les indications d'exérèse. En cas de doute, il est préférable de faire dans un premier temps une cholécystostomie :

a) parfois elle sera curatrice ;

b) elle permettra toujours un diagnostic précis impliquant un traitement judicieux.

IV. — Dans les cholécystites aiguës, sauf s'il y a des lésions de sphacèle, l'opération de prudence est la cholécystostomie.

V. — Certains syndromes vésiculaires douloureux et psychiques individualisés par la présence d'une bile noire hépatique dans la vésicule, sont justiciables d'une cholécystostomie prolongée avec cure thermique.

VI. — L'opération de choix dans l'angiocholite est la cholécystostomie : double rôle thérapeutique et diagnostique.

VII. — Les pancréatites aiguës, quand elles sont la conséquence d'une lithias biliaire, cas le plus fréquent, sont recevables d'une thérapeutique portant sur les voies biliaires. La cholécystostomie réalise avec le minimum de risque ce traitement.

VIII. — Dans les pancréatites chroniques, la cholécystostomie est l'opération de choix. Elle n'est pas définitive, n'expose pas à l'infection ascendante comme la cholécysto-gastrostomie. L'évolution de la fistule se fait sous l'œil du chirurgien. Non seulement curatrice, la cholécystostomie constitue ici un élément d'exploration remarquable.

IX. — Dans les ictères par rétention, ce double rôle est des plus nets.

Rôle thérapeutique accessoire :

Soit que concurremment à la cholédocolomie, on pratique une cholécystostomie qui permettra un drainage prolongé sans crainte de rétrécissement.

Soit que la cholécystostomie constitue un premier

temps, véritable anus biliaire, qui permettra d'opérer dans de meilleures conditions.

Rôle diagnostique essentiel :

Soit du diagnostic très difficile des différents types d'ictères par rétention.

Soit de localisation du ou des calculs.

X. — Nous employons toutes les fois où elle est techniquement réalisable la cholécystostomie continente sur sonde de Pezzer qui évite le méchage sous-hépatique, permet un drainage avec reprise de la vie active et entraîne une fermeture presque immédiate de la fistule dès l'ablation de la sonde.

Lorsque la vésicule ne peut être amenée à la paroi, nous utilisons la cholécystostomie indirecte sur sonde, avec protection par méchage.

Vu : le Président de la thèse,
LENORMANT.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — *Lyon chirurgical*, mars-avril 1933. « Traitement des cholécystites par la méthode de Pribram ».
- AGRIFOLIO (Mario). — *Policlinico, Sezione Chirurgica*, 1928. « Influenza della Colescistectomica sulla funzione e struttura della pancreas ».
- ARCHIBALD. — *Paper read at the 17th International Congress of Medicine*. London, 1913. « A New factor in the causation of pancreatitis ».
- *J. A. Med. Ass.*, 1918. « Effect of prolonged bile drainage in the cure of pancreatitis ».
- International medicine*, 15 août 1924. « Of the cholesteril content of bile ».
- BABCOCK (W. W.). — *J. A. M. A.*, 1915, 1428. « Cholecystectomy and Cholecystostomy ».
- BALICE (Gaetano). — *Policlinico, Sezione Chirurgica*, 1927. « Influenza della bile sullo stato della flora batterica intestinale animali privati della vesicheta biliare ».
- BENGOLEA. — *Pressa medica Argentina*, 30 novembre 1922. « Opportunità opératoire de la lithiasé biliaire. Résultats immédiats et éloignés ».
- BÉRARD et MALLET-GUY. — *Lyon chirurgical*, janvier-février 1933. « Guérison d'une pancréatite chronique sans ictère par la cholécystostomie ».
- *Lyon médical*, 1929, 70-71. « Résultats éloignés des cholécystostomies pour lithiasé biliaire ».

- « Exploration fonctionnelle des voies biliaires » (excellente bibliographie). Masson, 1933.
- BERGER. — *B. M. S. C.*, 2 septembre 1925. « Indications Stomie ».
- BERGERET et DUMONT. — *P. M.*, 9 février 1927. « Cholécytite lipôide ».
- BERTRAND. — *Le Scalpel*, 12 février 1927. « Les insuccès de la cholécystectomie ».
- BOCKUS et EIMAU. — *Archives of experimental and clinical signification*.
- BONNEAU (Raymond). — *Revue M. estomac et de la rate*, janvier-février 1933. « Les fistules muqueuses ».
- BORIN. — « Bile de cholécystostomie ». Thèse de Paris, 1933.
- BOTTOMLEY. — *Surg. Clinic. North America*, p. 901, 1922. « Cholelithiasis. Cholecystectomy. Operative injury to the man bile duct ».
- BRAUN. — *S. de Chir. de Berlin*, 16 août 1922. « Intervention chirurgicale au cours d'une atrophie jaune aiguë du foie ».
- BRENNER-WEENER. — *Klinische Wochenschrift*, 11 avril 1929. « La Cholécystostomie idéale ».
- BROcq. — *S. de Chirurgie*. Séance du 16 octobre 1929. « Observation de cholécystostomie pour pancréatite chronique avec ictère ».
- BROcq et MIGINIAC. — Rapport au Congrès de Chirurgie (6-11 octobre 1930) sur les pancréatites chroniques.
- BRULÉ, LEVEUF, STEHELIN. — *B. M. S. M. H. de Paris*, 12 juillet 1929. « Lithiasé biliaire intrahépatique ».
- BRULÉ. — *La Médecine*, 1924, p. 779. « Quelques difficultés sur le diagnostic des calculs du cholédoque ».
- BUFORD. — *Diseases West Virg.*, n° 3, p. 419, 1921. « Clinical and Surgical Study of 50 Consecutives Pathologically demonstrated of Gall Bladder ».

Bulletins et Mémoires de la S. C., n° 29, 26 novembre 1932. « Discussion sur les pancréatites œdémateuses ».

CAMMIDGE. — *Brit. M. J.*, 1919. « Chronic Pancreatis ».

CARNOT. — *Journal des Praticiens*, 3 nov. 1928. « Les ictères de la lithiase vésiculaire ».

CAROLI. — « Les hépatites ictérigènes de la lithiase ». Thèse de Paris.

CAVES. — *Ann. Surg.*, 1926, p. 371. « Dangers. Incidents to cholecystectomy ».

CHABROL. — « Pancréatites dans les affections du foie ». Thèse 1910.

— « Les ictères », 1933 (bonne bibliographie).

— *P. M.*, nov. 1930. « A propos des pancréatites chroniques ».

CHARCOT et COMBAULT. — *Arch. de Physiol. normale et pathologique*, t. IV 1876, p. 272. « Note sur les altérations du foie consécutives à la ligature ».

CHARRIER et THALHEIMER. — *Arch. des Maladies de l'appareil digestif*, 5 mai 1929. « Les cholédocites inflammatoires ».

CHAUFFARD. — « La lithiase biliaire ».

CHIFOLIAU. — *B. M. S. C.*, 29 octobre 1924. « Coudure du cholédoque après stomie ».

CHIRAY. — « La vésicule biliaire » (très bonne bibliographie).

CHIRAY, MILOCHEVITCH et PETROVITCH. — *B. M. S. M. des Hôpitaux de Paris*, 4 juillet 1924. « Bile noire hépatique ».

CHIRAY, PAVEL. — *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1925. « La contractilité de la vésicule biliaire ».

CHIRAY, PAVEL, AMY. — *P. M.*, 4 juillet 1931. « La question des biles noires ? »

CHIRAY, PAVEL, MILOCHEVITCH. — *P. M.*, 1925, 9 septembre. « La cholécystostomie ».

CHIRAY. — *P. M.*, 7 décembre 1932. « Le syndrome humoral de la lithiase ».

CHIRAY et SEMELAIGNE. — *P. M.*, 1922, n° 64. « Cholécystite chronique non calculeuse ».

Congrès de la lithiase biliaire. Vichy, 1932.

COTTE. — *Lyon chirurgical*, t. IV, 469. « Du choix de l'intervention dans la lithiase biliaire ».

— *B. M. S. de C.*, n° 14, 2 mai 1925, p. 472. « Cholécysto-gastrostomie dans les cholécystites chroniques non calculeuses ».

DAHL-IVERSEN. — *Lyon chirurgical*, 21, 1924. « Etude expérimentale de l'influence de la cholécystectomie sur les voies biliaires et la sécrétion gastrique ».

DAUZIS. — *Surg. Clin. North America*, déc. 1926. « Analysis of 215 cases Gall Bladder ».

DAVIS. — *Ann. Surg.*, 87, 1928. « Operative mortality and end results in Gall Bladder ».

DELAGENIÈRE. — *Arch. de Chirurgie*, 1906. « Contribution à l'étude de la chirurgie du pancréas ».

DELORE et ESPENEL. — *Lyon médical*, 1910. « A propos du traitement de la pancréatite chronique ».

DESJARDINS. — Thèse de Paris, 1906. « Etude sur les pancréatites ».

DESPLAS et DALSACE. — *Presse médicale*, 12 juillet 1930. « Les biles noires ».

DESPLAS, LUBIN. — *B. M. S. C.*, n° 22 du 5 juillet 1930. « Cholécysto-gastrostomie pour pancréatite chronique. Accidents ultérieurs. Décès. Autopsie ».

DESPLAS, LUBIN (Aimé). — *S. de C.* Séance du 9 juillet 1930. « Pancréatite aiguë à colibacille ».

DESPLAS et MEILLÈRE. — *B. M. S. C.* Séance du 3 déc. 1930, n° 32. « Sur une technique de cholécystostomie continue ».

- DUCLOS. — Thèse de Lyon, 1926. « Résultats éloignés et immédiats des interventions sur les voies biliaires ».
- DUJARRIER. — *P. M.*, t. XVI, p. 346. « Chirurgie des voies biliaires ».
- EISENDRATH. — *Surg. Gyn. and Obst.*, n° 26, 1918. « The fate of the Cystic duct after estomy ».
- ERDMANN. — *Ann. Surg.*, 1907. « Cholecystostomy for pancreatitis ».
- FABRE (Pierre). — *Société anatomique*. Paris, 4 février 1932. « Lithiasé biliaire nitro-hépatique ».
- FAVRE. — Thèse de Paris, 1929. Résultats éloignés et immédiats de l'ectomie et de la stomie.
- FAYO. — *La Semana Medica*, janvier 1929, n° 3. « Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre ».
- FIESSINGER et TOUPET. — *Bulletins et Mémoires Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 décembre 1928. « Ictère de quatre mois par hépatite aiguë, sans lésions des voies biliaires. Cholécystostomie. Guérison ».
- FRANGENHEIM. — Cologne. « L'ictère intra-hépatique et son traitement ». *Zentralblatt für Chirurgie*, n° 14, 6 avril 1912.
- GALLARD-MONES. — Essai de Pathologie digestive de l'hôpital Santa Cruz de Barcelone, 33. « Les séquelles de la cholécystectomie ».
- GOSSET. — *B. M. S. C.* Séance du 21 mai 1930. « Chirurgie des voies biliaires ».
- *B. M. S. C.*, 5 avril 1922. « Indications de la cholécystectomie ».
- *B. M. S. C.*, 18 avril 1923. « Indications de la cholécystectomie ».
- GUISBURG and BENJAMIN. — *New-Orléans. M. and. S. Z.*, 79, 1927. « Lipiodol studies of post operative morbidity in Gall Bladder Disease ».
- HARTMANN. — « Travaux de Chirurgie biliaire ». Masson, 1923.

HARTMANN et PETIT-DUTAILLIS. — *Journal de Chirurgie*, 1923, p. 349. « Résultats des interventions sur la vésicule biliaire ».

HERNETTE. — « Résultats immédiats et éloignés de stomie et ectomie ». Thèse de Paris, 1907.

HITZROT and CORNELL. — « Analysis of 482 cases of Gall Bladder, *Cases Ann. Sur.*, 84, 1926.

HUSSON. — Thèse de Lyon, 1923. « La colique vésiculaire sans lithias ».

JUDD. — *J. A. M. A.*, 81, 1923. « Conditions of the common duct after Cholecystectomy ».

JUDD (V. G.) and BURDEN. — *Ann. Surg.*, 79, 1924. « Non calculous, intermittent biliary obstruction following cholecystectomy ».

KEHR. — « Chirurgie de la vésicule ». *News. deuts. Chirur.* Stuttgart, 1913.

KERSCHNER, OBRUNS'S, BEITRAGE. — *Zur Klinischen Chirurgie*, 1^{er} juillet 1929. « Nécrose aiguë du pancréas ».

LAGOUTTE et ROUSSELIN. — *Lyon chirurgical*, mars avril 1932. « Traitement des fistules biliaires cutanées totales ».

LATREILLE. — « Les vésicules avec stase biliaire ». Thèse de Lyon, 1927.

LECÈNE et LERICHE. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale*.

LECÈNE et MOULONGUET. — *P. M.*, 1926, p. 49. « Vésicule fraise ».

LERICHE. — *Lyon chirurgical*, mars-avril 1933. « Evolution d'une pancréatite hémorragique aiguë traitée par simple cholécystostomie ».

LERICHE. — *Lyon chirurgical*, mars-avril 1933. « Pancréatite chronique sans ictère guérie par cholécystostomie ».

LEVEUF. — *B. M. S. C.* Séance du 3 juillet 1929. « Pancréatite chronique avec ictère. Cholécystostomie ».

— *B. M. S. C.*, 1932, p. 1374. « Pancréatite œdémateuse ».

- LOEPER. — *Leçons de Pathologie digestive*, 5^e série, p. 250. « La tension vésiculaire douloureuse en dehors de la lithiase.
- LOEPER et RAVIER. — *Bull. et M. S. M. des H. de Paris*, 20 juillet 1928. « Panlithiase biliaire ».
- MALLET-GUY. — Thèse de Lyon, 1925. « Pancréatite chronique avec ictère ».
- MALLET-GUY, BEAUPÈRE. — *Lyon méd.*, 1927, 215. « Dangers possibles des infections de lipiodol dans les fistules biliaires ».
- MALLET-GUY et ANTHOINE. — *Lyon chirurgical*, juillet-août 1931. « Le problème physiologique de la cholécystectomie ».
- MARDS (Ga.). — *New England J. Med.*, 1929, p. 587-592. « The late results of operation in 109 cases of Gall Bladder disease ».
- MATHIEU. — *Congrès de Chirurgie*, 1923. « Traitement des obli-térations non calculeuses des voies biliaires principales ».
- MAYO (CH.). — *Trans. South. Surg. and Gynec. Asso.*, 1915. « Cholecystostomy versus Cholecystectomy ».
- MAYO. — *Annals Surgery*, 1906, p. 209. « 1.500 opérations sur la vésicule et les voies biliaires ».
- *Surg. Gyn. Obst.*, 1908, p. 607-613, 701-706. « The surgical treatment of pancreatitis ».
- MICHELSON. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 5 février 1929. « Relations sur 712 opérations pour calculs biliaires ».
- MOCQUOT. — *Journal de Chirurgie*, février 1933. « Intervention chirurgicale dans certains ictères par rétention sans obstacle ».
- MOULONGUET. — *B. M. S. C.*, n° 20, 16 juin 1934. « La chirurgie cholédocienne en deux temps ».
- MOORE (F. B.). — *Surg. Gynec. and Obst.*, 1921, p. 44-44. « A comparative study of the end results of cholecystectomy and cholecystostomy ».

- MONOD. — *B. M. S. C.*, 17 avril 1929. « Un cas d'ictère chronique traité par la cholécystostomie ».
- O'DAY. — *Ann. of Surgery*, 1923, p. 48. « Cholecystostomy versus Cholecystectomy ».
- OEHLER. — *Deutsche Medizinische Wochen.*, 24 mai 1929. « La nécrose du pancréas ».
- OCKYNCZIC. — *B. M. S. C.*, 30 juin 1934. « Ictère par rétention sans obstacle organique avec hypertonie vésiculaire. Cholécystostomie ».
- OCKYNCZIC et PARTURIER. — *Revue médico-chirurgicale des maladies, foie, pancréas, rate*, mai-juin 1933. « A propos d'une observation de pancréatite chronique avec ictère ».
- PAPIN. — *Journal de Méd. de Bordeaux*, 10 mars 1925. « Le traitement chirurgical de la lithiase biliaire ».
- PARMENTIER et CHABROL. — « Pathologie du pancréas ». *Traité Médecine Roger Vidal*.
- PATEL et MALLET-GUY. — *Lyon chirurgical*, mars-avril 1932. « Vésicule biliaire intolérante et pancréatite chronique ».
- PAVEL et RAYDAN. — *Spitalul*, février 1930. « Contribution à l'étude expérimentale de la sécrétion biliaire ».
- PETIT-DUTAILLIS. — *Revue des maladies du foie*, novembre-décembre 1931. « A propos de deux cas d'hépatite ictérigène ».
- PETREN. — *Der Chirurg.*, 1^{er} novembre 1928. « Indications opératoires dans les cholécystites aiguës ».
- POP (A. S.). — *Zentralblatt für Chirurgie*, 15 février 1929. « Un cas opéré et guéri de péritonite par perforation d'une cholécystite suppurée post-typhique ».
- QUÉNU et DUVAL. — *Revue de Chirurgie*, oct. 1905. « Pancréatites et lithiase biliaire ».
- RICHARDSON. — *Med. News*, 2 mai 1903. « Indications de l'extirpation de la vésicule biliaire ».

- ROBLIANI. — *Bol. del Istituto de Clinica Quirurgica*, An. IV, n° 33, 1928. « Résultats éloignés des cholécystectomies pour cholécystite calculeuse ».
- SANDERS. — *Ann. Surg.*, 1930, p. 367-387. « The End Results in 500 cases of cholecystectomy ».
- SANTY. — *Lyon chirurgical*, 1929. « Drainage transvésiculaire du cholédoque ».
- SCHWARTZ et HUARD. — *Journal de Chirurgie*, nov. 1928. « Incidents et accidents de l'ectomie ».
- SÉNÈQUE. — *P. M.*, 25 avril 1928. « Fistules biliaires et ostéoporoses ».
- *B. M. S. C. de Paris*, 1925, n° 11. « Cholécystite aiguë. Cholécystostomie. Persistance des accidents infectieux. Cholécystectomie. Guérison ».
- TAVERNIER. — *Lyon chirurgical*, 1924. « Cancer de la vésicule après stomie ».
- UMBER. — *Klin. Woch.*, 5 août 1922. « Akute und subakute Liberatrophie ».
- WALZBERG. — *Medicinis Klinik*, 1^{er} février 1929. « Formation d'un calcul biliaire dans le moignon du cystique ».
- WALZEL. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 3 janvier 1929. « Dgc et traitement de la nécrose aiguë du pancréas ».
- *Brun's Beitrage Zür Klinischen Chirurgie*, juillet 1929. « Dgc et traitement de la pancréatite aiguë ».
- WESLEY-LONG. — *Ann. of Surg.*, 1911, p. 349. « De l'importance de la conservation de la vésicule dans les opérations sur les voies biliaires ».
- WHITE and RIDDICK. — *South M. J.*, 1928, p. 857. « Persistence of symptoms after cholecystectomy ».
- VILLIS (Murat). — *Surg. Gynec. and Obst.*, p. 183, 1922. « Relative Merits of Cholecystostomy, Cholecystectomy ».
-

967. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 10-34
